

Zestawienie z wykonania umowy nr...../..... o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne dotyczące czasu świadczonych usług za miesiąc r.

Załącznik do rachunku nr wystawionego dnia

dzień miesią ca	data	Oddział Psychiatryczny Dzienny – godziny świadczenia usług od godz -do godz.	Całodobowy Oddział nr – godziny świadczenia usług od godz -do godz.	Razem godziny
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Suma godzin świadczonych usług				
zł / godz				
Wartość świadczonych usług – zł.brutto				
Ryczałt za świadczenia udzielane w ZOL w zł.brutto				
Podsumowanie w zł.brutto				

.....
podpis przyjmującego zamówienie

**Zestawienie z wykonania umowy nr...../..... o udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne dotyczące czasu świadczonych usług za miesiąc r. w
Poradni Zdrowia Psychicznego w Skwierzynie**

Załącznik do rachunku nr wystawionego dnia

data	godziny świadczenia usług od godz -do godz.	ilość wykonanych punktów w danym dniu
	Suma ilości punktów świadczonych usług	
	cena za 1 pkt jednostkowy	
	Wartość wykonanych porad	

.....
podpis przyjmującego zamówienie