Znak spr. : SPSNPCH-DAR-4310-24/20 **Załącznik nr 3**

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 miesiąca	data	Miejsce udzielania świadczeń – komórka orgaznizacyjna	godziny świadczenia usług od godz -do godz.	ilość godzin/pkt świadczonych usług