IDP.0245.47.2026

Załącznik nr 3 do umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne Nr …./I-KPI/2026

ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ -WZÓR[1]

Wykaz godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w Konsultacyjnej Poradni Internistycznej

Nazwa procedury /Rodzaj badania (konsultacja, porada internistyczna)	Data wykonania	Liczba godzin	od godziny….do godziny….	Kwota za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	Jednostka kierująca

Zatwierdzam zestawienie

……

(podpis Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych)

……

data i podpis Przyjmującego Zamówienie

WZÓR

[1] Dopuszcza się składanie zestawienia w wersji zmodyfikowanej (np. wydruk z systemy komputerowego lub plik exel), która obejmuje wszystkie wymagane dane.