

Załącznik nr 3
do umowy o udzielanie zamówienia
na świadczenia zdrowotne nr _____ z dnia _____

ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ - WZÓR¹

Rozliczenie za miesiąc.....

Wykaz świadczeń wykonanych w **Dziale Anestezjologii i Intensywnej Terapii ŚCO**

L.p.	Nazwa wykonanego świadczenia	Data wykonania usługi	Przedział godzinowy	Ilość godzin	Cena jednostkowa	Wartość usługi

Zatwierdzam zestawienie

.....
(podpis Kierownika Działu Anestezjologii i Intensywnej Terapii ŚCO)

.....
data i podpis Przyjmującego Zamówienie

¹ Dopuszcza się składanie zestawienia w wersji zmodyfikowanej (np. wydruk z systemu komputerowego lub plik excel), który obejmuje wszystkie wymagane dane.