

IDP.0245.14.2024

Załącznik nr 3 do umowy o udzielanie zamówienia
na świadczenia zdrowotne NR /CH /2025 z dnia r.

Przyjmujący Zamówienie:

L.p	data	czas pracy w Klinice/ Dziale	dyżur	ilość godzin	cena za godzinę	wartość	dyżur pod telefonem	ilość godzin	cena za godzinę	wartość
1						0				0
2						0				0
3						0				0
4						0				0
5						0				0
6						0				0
7						0				0
8						0				0
9						0				0
10						0				0
11						0				0
12						0				0
13						0				0
14						0				0
15						0				0
16						0				0
17						0				0
18						0				0
19						0				0
20						0				0
21						0				0
22						0				0
23						0				0
24						0				0
25						0				0
26						0				0
27						0				0
28						0				0
29						0				0
30						0				0
31						0				0
	suma			0	0	0		0	0	0

podpis Przyjmującego
Zamówienie

podpis Kierownika lub zastępcy Kliniki
Chirurgii Onkologicznej