

**ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ****(WZÓR)**

Liczba godzin/ dni wykonywania świadczeń zdrowotnych w Ośrodku Chemioterapii Diennej / Poradni Chemioterapii Świętokrzyskiego Centrum Onkologii w Kielcach

| <b>Data</b> | <b>Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych od.....do.....</b> | <b>kwota za dzień udzielania świadczeń zdrowotnych</b> | <b>Ośrodek/ Poradnia</b> |
|-------------|----------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|--------------------------|
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |
|             |                                                                |                                                        |                          |

**Zatwierdzam zestawienie**

.....

(podpis Kierownika Kliniki Onkologii Klinicznej ŚCO)

.....

**data i podpis Przyjmującego Zamówienie**