

Nazwa Przyjmującego Zamówienie, kod pocztowy i adres  
Przyjmującego Zamówienie, NIP Przyjmującego  
Zamówienie, REGON Przyjmującego Zamówienie

**ORYGINAŁ**

Załącznik do Umowy na udzielanie całodobowych,  
specjalistycznych świadczeń zdrowotnych w zakresie  
anestezjologii i intensywnej terapii, dla SZPZOZ im.  
Dzieci Warszawy w Dziekanowie Leśnym, ul. M.  
Konopnickiej 65, 05-092 Łomianki

**Miesięczne sprawozdanie udzielonych świadczeń zdrowotnych**

W ....., roku, Umowa Nr .....

Dzień	udzielone świadczenia w godz. 08:00-08:00 dni powszednie Laryngologiczny, Chirurgiczny Blok Operacyjny oraz Oddział Anestezjologii				udzielone świadczenia w godz. 08:00-08:00 sob-niedz. oraz dni święteczne, ustawowo wolne od pracy, Laryngologiczny, Chirurgiczny Blok Operacyjny oraz Oddział Anestezjologii			
	suma godzin w dniu, Laryngologiczny Blok Operacyjny	suma godzin w dniu, Chirurgiczny Blok Operacyjny	suma godzin w dniu, Oddz. Anestezjologii	łącznie godzin w dniu	suma godzin w dniu, Laryngologiczny Blok Operacyjny	suma godzin w dniu, Chirurgiczny Blok Operacyjny	suma godzin w dniu, Oddz. Anestezjologii	łącznie godzin w dniu
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
26								
27								
28								
29								
30								
31								
Razem godzin	00:00	0:00	0:00	0:00		0:00	0:00	0:00

Wartość za godzinę

Wartość łącznie

Wartość łącznie w miesiącu PLN

0,00 PLN

pieczęć i podpis lekarza

pieczęć i podpis osoby zatwierdzającej