

**Załącznik nr 3** do umowy o udzielanie zamówienia  
na świadczenia zdrowotne nr ..... z dnia ..... r.

**ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ cz. 1**

Przyjmujący Zamówienie:

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

potwierdzam  
Kierownik Kliniki/Działu Radioterapii

(podpis Kierownika)

data i podpis Przyjmującego

Dotyczy części C  
**Załącznik nr 3** do umowy o udzielanie zamówienia  
na świadczenia zdrowotne nr ..... z dnia ..... r.

**ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ cz. 1**

Przyjmujący Zamówienie:

---

**Zamówienie**