

Załącznik nr 4 do umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne Nr/R-KPI/2023

ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ -WZÓR¹

Wykaz godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w Konsultacyjnej Poradni Internistycznej

Nazwa procedury /Rodzaj badania (konsultacja, porada internistyczna)	Data wykonania	Liczba godzin	od godziny...do godziny....	Kwota za godzinę udzielania świadczeń zdrowotnych	Jednostka kierująca

Zatwierdzam zestawienie

.....
(podpis Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych)

DYREKTOR
Świętokrzyskiego Centrum Onkologii
(2)
Prof. dr hab. n. med. *Sigurdum Czajka*
data i podpis Przyjmującego Zamówienie

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

Dział Prawno-Organizacyjny
mgr Agnieszka Gata
Starszy Specjalista

KIEROWNIK
Działu Prawno-Organizacyjnego
dr n. pr. Magdalena Górnska
radca prawny