**Postępowanie konkursowe Nr MCM/WSM/K09/2018**

**Załącznik nr 3 do umowy**

**Wzór[[1]](#footnote-1)**

**Zestawienie rodzaju wykonanych świadczeń zdrowotnych**

|  |  |
| --- | --- |
| Dni miesiąca | Zakres i ilość wykonanych świadczeń zdrowotnych |
| 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 |  |

***Udzielający Zamówienia Kierownik Działu Przyjmujący Zamówienie***

………………………………………. ……………………………… ……………………………………….

1. Dopuszcza się przedstawienie zbiorczego **Zestawienia rodzaju i wymiaru czasu wykonanych świadczeń medycznych,** przygotowanego dla wszystkich lekarzy oddziału [↑](#footnote-ref-1)