(Załącznik do Faktury) Załącznik Nr 1 do Umowy

**Specyfikacja świadczeń zdrowotnych udzielonych w Zakładzie Diagnostyki Obrazowej**

Umowa……………… z dnia………………. zawarta pomiędzy Szpitalem Czerniakowskim Sp. z o.o.

a ………………………………………………………………………………………………………………

**Miesiąc**……………………………………… 2020 r.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień  miesiąca | Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie do godz. 15.35  (od-do) | Ilość godzin | Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie od godz. 15.35 oraz w dni wolne od pracy (od-do) | Ilość godzin |
| 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 |  |  |  |  |
| Ogółem |  |  |  |  |

Potwierdzam ww. czas pracy i ilość udzielonych świadczeń medycznych.

Kierownik ZDO ………………………….. …………………………... Podpis i pieczęć Data