(Załącznik do Faktury) Załącznik Nr 1 do Umowy

Specyfikacja udzielonych świadczeń zdrowotnych

Umowa..... z dnia..... Zawarta pomiędzy Szpitalem Czerniakowskim Sp. z o.o.
a .....
Miesiąc..... 2022 r.
Miejsce udzielania świadczeń: .....

Dzień miesiąca	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w dni powszednie do godz. 15.20 (od - do)	Ilość godzin	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych w soboty, niedziele i święta (od - do)	Ilość godzin	Godziny udzielania świadczeń zdrowotnych po godz. 15.20/soboty zabiegi planowe	Ilość godzin	Godziny pozostawania dyżuru pod telefonem	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 .....
Podpis i pieczęć

.....
Data