(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..... 2023 r.

Miejsce udzielania świadczeń: .....

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.

Dyrektor .....
Podpis i pieczęć

.....
Data