*IDP.0245.26.2025*

***Załącznik nr 3 do umowy na udzielenie zamówienia na świadczenia zdrowotne nr ……./PN/2025***

**ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ -WZÓR**[[1]](#footnote-1)

1. **Wykaz godzin wykonywania świadczeń zdrowotnych w Konsultacyjnej Poradni Neurologicznej**

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

**Zatwierdzam zestawienie**

**…………………………………………………………………**

(podpis Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych)

……………………………..………………………………

**data i podpis Przyjmującego Zamówienie**

1. **Wykaz liczby pacjentów, którym Przyjmujący Zamówienie udzielił świadczeń zdrowotnych w Konsultacyjnej Poradni Neurologicznej**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nazwa procedury /Rodzaj badania (konsultacja, porada neurologiczna)** | **Data wizyty lekarskiej (udzielonego świadczenia zdrowotnego)** | **od godziny….do godziny….** | **Numer karty pacjenta ( ID pacjenta)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Zatwierdzam zestawienie**

**…………………………………………………………………**

(podpis Zastępcy Dyrektora ds. Klinicznych)

……………………………..………………………………

data i podpis Przyjmującego Zamówienie

1. Dopuszcza się składanie zestawienia w wersji zmodyfikowanej (np. wydruk z systemy komputerowego lub plik exel), która obejmuje wszystkie wymagane dane. [↑](#footnote-ref-1)