***Załącznik nr 1 do umowy nr* …….…/2025**

**SPRAWOZDANIE**

**Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Miesiąc ..........................202….roku Umowa Nr………………………….………….

……………………………………………………………..…….

Imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dzień miesiąca** | **Godziny** | | **Liczba godzin udzielania świadczeń \*** |  |
| **Oddział ………..** | **Oddział ………….** |
| **od - do** | **od - do** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

\* wpis obejmuje wyłącznie pełne godziny lub 0,5 godziny

................................................. ………………………................................................. (data i czytelny podpis (data, pieczęć i podpis Kierownika oddziału Przyjmującego zamówienie) lub osoby przez niego upoważnionej)