

Imię i nazwisko : Nr umowy :

Załącznik do faktury nr : z dn.:
(za miesiąc: 2022.....)

| Lp. | Data realizacji świadczeń | Rodzaj realizacji świadczeń zdrowotnych: | Rodzaj realizacji świadczeń: dyżur | od godz. - do godz. | Ilość godzin pracowanych | Kwota za realizację świadczeń za godzinę/za dzień | Miejsce wykonywania świadczeń |
|-----|---------------------------|--|------------------------------------|---------------------|--------------------------|---|-------------------------------|
| 1. | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | |
| 9. | | | | | | | |
| 10. | | | | | | | |
| 11. | | | | | | | |
| 12. | | | | | | | |
| 13. | | | | | | | |
| 14. | | | | | | | |
| 15. | | | | | | | |
| 16. | | | | | | | |
| 17. | | | | | | | |

SAMODZIELNY PUBLICZNY
ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
w Siemiatyczach
17-300 Siemiatycze, ul. Szpitalna 8
tel./fax 85 655 28 25, tel. 85 655 23 85
REG. 050653482, NIP 544-12-95-180

Załącznik nr 2

Umowa/C/2022

Harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych w Poradni

w SP ZOZ Siemiatycze

| Poniedziałek | Wtorek | Środa | Czwartek | Piątek |
|--------------|--------|-------|----------|--------|
| | | | | |

