Załącznik do umowy

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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: | od godz. - do godz. | Ilość godzin  przepracowanych | 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. |  |  |  |  |  |  |  |
| 18. |  |  |  |  |  |  |  |
| 19. |  |  |  |  |  |  |  |
| 20. |  |  |  |  |  |  |  |
| 21. |  |  |  |  |  |  |  |
| 22. |  |  |  |  |  |  |  |
| 23. |  |  |  |  |  |  |  |
| 24. |  |  |  |  |  |  |  |
| 25. |  |  |  |  |  |  |  |
| 26. |  |  |  |  |  |  |  |
| 27. |  |  |  |  |  |  |  |
| 28. |  |  |  |  |  |  |  |
| 29. |  |  |  |  |  |  |  |
| 30. |  |  |  |  |  |  |  |
| 31. |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie liczba godzin przepracowanych :** | | |  |  |  | | |
| w tym : | | |  |  |  | | |
|  | | |  |  |  | | |
|  | | |  |  |  | | |
|  | | |  |  |  | | |

Ilość godzin przepracowanych zgodna ze stanem faktycznym.

(Podpis i pieczątka lekarza) ……………………….

…………….................………………………

(Podpis i pieczątka Koordynatora)