

**Ewidencja udzielonych świadczeń zdrowotnych w miesiącu .....r.**

**Imię i nazwisko** Przyjmującego zamówienie .....

**1. Opieka zdrowotna nad pacjentami Oddziału Sanatoryjnego: \***

.....(suma pacjentów) x .....(stawka za 1 pacjenta) = .....

**2. Opieka zdrowotna nad pacjentami Oddziału Rehabilitacyjnego: \***

.....(suma pacjentów) x .....(stawka za 1 pacjenta) = .....

**3. Opieka zdrowotna nad pacjentami Komercyjnymi: \***

.....(suma pacjentów) x .....(stawka za 1 pacjenta) = .....

.....

**SUMA do wypłaty:** .....

.....  
data i podpis Przyjmującego zamówienie

Potwierdzam wykonanie świadczeń :

Z-ca Dyrektora ds. Lecznictwa

Data złożenia Udzielającemu zamówienie:

Przyjmujący ewidencję

Data i podpis .....

Data i podpis .....

\* - niepotrzebne skreślić