Załącznik nr 1 do umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych w …….

MIESIĘCZNE **SPRAWOZDANIE** Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

….....
(imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie)

DZIEŃ:	**Godziny od – do:** **udzielanie świadczeń zdrowotnych** pomiędzy 8:00 a 20:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku (tzw. tryb dzienny)	**Suma godzin:** **udzielanie świadczeń zdrowotnych** pomiędzy 8:00 a 20:00 w dni powszednie od poniedziałku do piątku (tzw. tryb dzienny)	**Godziny od – do:** **pozostawanie w gotowości i udzielanie świadczeń zdrowotnych** (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 20:00 a 8:00 dnia następnego w dni powszednie	**Suma godzin:** **pozostawania w gotowości i udzielania świadczeń zdrowotnych** (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 20:00 a 8:00 dnia następnego w dni powszednie	**Godziny od – do:** **pozostawanie w gotowości i udzielanie świadczeń zdrowotnych** (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 8:00 a 8:00 dnia następnego w soboty, niedziele, święta i w dniu 24 grudnia.	**Suma godzin:** **pozostawania w gotowości i udzielania świadczeń zdrowotnych** (tzw. tryb dyżurowy), w godzinach pomiędzy 8:00 a 8:00 dnia następnego w soboty, niedziele, święta i w dniu 24 grudnia.
	Razem godzin:		**Razem godzin:**		**Razem godzin:**	

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:

☐ – **TAK*)** ☐ - **NIE*)**

***)** - ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

…… pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie

…… pieczęć i podpis osoby Zatwierdzającej