

**UMOWA (wzór)**  
**NA UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE ((...) zgodnym z oferowanym zakresem w Formularzu Oferty) SZPITALA GROCHOWSKIEGO IM. DR MED. RAFAŁA MASZTAKA SP. Z O.O. PRZEZ LEKARZA**

zawarta w dniu ..... 2022 r. w Warszawie, pomiędzy:

**Szpitałem Grochowskim im. dr med. Rafała Masztaka Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością**, z siedzibą w Warszawie, przy ul. Grenadierów 51/59, zarejestrowaną w Sądzie Rejonowym dla m. st. Warszawy w XIV Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego pod nr 0000478458 posiadającym NIP nr 1132869037 oraz Regon 002153989, zwaną dalej „**Udzielający zamówienia**”, reprezentowanym przez:

**Panią dr hab. n. med. Beatę Jagielską - Prezes Zarządu Spółki**

**Pana Adriana Bochnia - Członka Zarządu Spółki**

a

**Pana/Pani .....**

**adres: ul. ....**

prowadzącym indywidualną (specjalistyczną) praktykę lekarską zarejestrowaną w Rejestrze Podmiotów Wykonujących Działalność Leczniczą nr wpisu ....., posiadającym nr NIP ..... i REGON ....., posiadającym nr PESEL .....

Posiadającym uprawnienia do wykonywania zawodu lekarza, nr dyplomu .... Prawo wykonywania zawodu nr ....., Tytuł specjalisty w dziedzinie ..... nr dyplomu nr .....

Zwanym/ą dalej „**Przyjmującym zamówienie**”.

zwanym dalej „**Przyjmującym zamówienie**”.

Przyjmujący zamówienie został wybrany w wyniku konkursu ofert na udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych, o którym mowa w art. 26 ust. 3 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011r. o działalności leczniczej (tj. Dz. U. z 2021r. poz. 711, z późn.zm.)

**§ 1.**

1. Przedmiotem niniejszej umowy jest udzielenie zamówienia na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie ..... **dla pacjentów**, zwanych dalej „świadczeniami zdrowotnymi”, dla pacjentów **Udzielającego zamówienia**, w szczególności dla osób będących świadczeniobiorcami w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych.
2. Świadczenia zdrowotne w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii, o których mowa w ust. 1, **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się udzielać w trybie jednodniowym oraz ambulatoryjnym, w rozumieniu zarządzenia Nr 72/2021/DGL Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia z dnia 21 kwietnia 2021 r. w sprawie określenia warunków zawierania i realizacji umów w rodzaju leczenie szpitalne w zakresie chemioterapii.
3. Realizacja świadczenia zdrowotnego z zakresu chemioterapii, udzielanego w trybie jednodniowym, która obejmuje, co najmniej:
  - 1) badanie lekarskie, w trakcie którego są udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne i terapeutyczne;
  - 2) przygotowanie świadczeniobiorcy do leczenia z zakresu chemioterapii oraz
  - 3) podanie leków zawartych w obowiązującym katalogu leków lub leków zawierających substancje czynne z obowiązującego katalogu substancji lub
  - 4) leczenie działań niepożądanych 1 lub 2 stopnia wynikających z zastosowania chemioterapii.
4. Realizacja świadczenia zdrowotnego z zakresu chemioterapii udzielanego w trybie ambulatoryjnym polega na udzieleniu podczas wizyty w trybie ambulatoryjnym porady ambulatoryjnej dotyczącej

chemioterapii, w ramach której u świadczeniobiorcy wykonywane jest badanie lekarskie, w trakcie którego są udzielane lub zlecane niezbędne świadczenia diagnostyczne lub terapeutyczne oraz:

- 1) są podawane lub wydawane leki z katalogu leków lub leki zawierające substancje czynne z katalogu substancji lub
  - 2) są wykonywane świadczenia z katalogu świadczeń wspomagających, z wyłączeniem leczenia działań niepożądanych 3 lub 4 stopnia.
5. Realizacja świadczenia zdrowotnego z zakresu chemioterapii udzielanego w trybie ambulatoryjnym obejmuje także wykonywanie świadczenia z katalogu świadczeń AOS dotyczących Poradni onkologicznej.
  6. Dokładne i zgodne z przepisami prowadzenie obowiązującej dokumentacji.
  7. Znajomość i stosowanie obowiązujących przepisów prawa oraz uchwał Zarządu i procedur wewnętrznych.
  8. Przyjmujący zamówienie oświadcza, że:
    - 1) posiada uprawnienia i wiedzę niezbędne do wykonywania czynności określonych w ust. 1-6;
    - 2) spełnia wymagania określone w tym zakresie przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych;
    - 3) spełnia warunki i wymagania wynikające z postanowień odpowiedniej umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz odpowiednich rozporządzeń w sprawie świadczeń gwarantowanych, zarządzenia w sprawie chemioterapii oraz szczegółowych materiałów informacyjnych w sprawie zawarcia umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej oraz o realizacji i finansowaniu umów o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej, ustalanych przez NFZ.
  9. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest przestrzegać przy udzielaniu świadczeń opieki zdrowotnej warunków i wymagań, o których mowa w ust. 1-6, oraz wewnętrznych regulacji **Udzielającego zamówienia**.

## § 2.

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych w czasie i miejscu uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia** w harmonogramie sporządzany na każdy miesiąc i zatwierdzonym przez Koordynatora Oddziału Chemioterapii, którego wzór stanowi **załącznik nr 1** do niniejszej umowy.

## § 3.

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1, umowy i oświadcza, że wykonywać je będzie z zachowaniem należytej staranności, zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną i standardami postępowania obowiązującymi w danej dziedzinie medycyny, na zasadach wynikających z ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych i innych przepisów, a także zgodnie z wymaganiami i warunkami określonymi przez Narodowy Fundusz Zdrowia dla świadczeniodawców realizujących świadczenia zdrowotne, o których mowa w § 1.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do wykonywania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 umowy, zgodnie z regulaminem organizacyjnym **Udzielającego zamówienia**, w szczególności przestrzegać zasady i sposób zgłaszania się i rejestracji pacjentów oraz ustaloną organizację udzielania świadczeń zdrowotnych.

## § 4.

1. Świadczenia zdrowotne objęte niniejszą umową udzielane będą przez **Przyjmującego zamówienie** w siedzibie **Udzielającego zamówienia**, przy użyciu sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej, stanowiących własność **Udzielającego zamówienia**. Sprzęt i aparatura spełniają wymagania niezbędne do wykonywania świadczeń objętych niniejszą umową.

2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do korzystania z pomieszczeń oraz sprzętu i aparatury medycznej, należących do **Udzielającego zamówienia** zgodnie z ich przeznaczeniem i w celach określonych w niniejszej umowie.
3. Koszty związane z działaniami profilaktycznymi w zakresie postępowania po ekspozycji zawodowej ponosi **Przyjmujący zamówienie**.

#### § 5.

1. Umowa zostaje zawarta na czas określony **od dnia 16.12.2022 r. do dnia 15.12.2023 r.**

/poniższe postanowienia ust. 2 i 3 zostaną dodane do umowy, jeżeli zobowiązania Udzielającego zamówienia wynikająca z cen i liczb świadczeń zdrowotnych zawartych w ofertach wybranych w konkursie ofert dotyczącym zakresu świadczeń, o którym mowa w § 1 ust. 1, przekroczy kwotę 500.000,00 zł/:

2. Zważywszy na fakt, że suma zobowiązania Udzielającego zamówienia wynikająca z cen i liczb świadczeń zdrowotnych zawartych w ofertach wybranych w konkursie ofert dotyczącym zakresu świadczeń, o którym mowa w § 1 ust. 1, przekracza kwotę 500.000,00 zł, tj. kwotę, powyżej której zaciągnięcie zobowiązania wymaga zgody Rady Nadzorczej Udzielającego zamówienie, umowa ulegnie rozwiązaniu z chwilą, gdy wartość świadczeń zdrowotnych wykonanych przez wszystkich wybranych oferentów (przyjmujących zamówienie) w tym zakresie osiągnie kwotę 500.000,00 zł, chyba że Rada Nadzorcza wyrazi wcześniej zgodę na zaciągnięcie zobowiązania przekraczającego tę kwotę.
3. Zarząd Udzielającego zamówienie wystąpi bezzwłocznie do Rady Nadzorczej o udzielenie zgody, o której mowa w ust. 2, oraz poinformuje Przyjmującego zamówienie o decyzji Rady.

#### § 6.

Zlecenia na badanie diagnostyczne i transport będą wystawiane przez **Przyjmującego zamówienie**, według zasad obowiązujących u **Udzielającego zamówienia**.

#### § 7.

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez **Udzielającego zamówienia** z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami.

#### § 8.

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do prowadzenia dokumentacji medycznej i statystycznej, zgodnie z obowiązującymi przepisami i zasadami obowiązującymi u **Udzielającego zamówienia**.

#### § 9.

1. Za zrealizowane świadczenia zdrowotne **Przyjmującemu zamówienie** przysługuje wynagrodzenie miesięcznie w kwocie stanowiącej iloczyn udokumentowanej liczby wypracowanych godzin w ciągu miesiąca, przez stawkę **za jedną godzinę w wysokości: ..... brutto** (słownie: ..... złotych).
2. Należności z tytułu realizacji umowy za okres sprawozdawczy (miesiąc kalendarzowy) **Udzielający zamówienia** wypłaca, za miesiąc poprzedni, w terminie do 21 dni po dniu dostarczenia przez **Przyjmującego zamówienie** poprawnie wystawionej faktury wraz z zatwierdzonym sprawozdaniem, o którym mowa w § 10.
3. Jeżeli termin płatności upływa w sobotę, niedzielę lub inny dzień wolny od pracy, to płatności dokonuje się poprzedniego dnia roboczego.
4. Należność za wykonane świadczenia zdrowotne zostanie przekazana **Przyjmującemu zamówienie** na jego rachunek bankowy wskazany na fakturze. Za dzień zapłaty uznaje się dzień obciążenia rachunku bankowego **Udzielającego zamówienia**.

#### § 10.

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do składania miesięcznych sprawozdań z liczby godzin udzielania świadczeń zdrowotnych, o których mowa w § 1 niniejszej umowy, według wzoru stanowiącego **załącznik nr 2** do niniejszej umowy.

2. Sprawozdanie, o którym mowa w ust. 1 składane jest w terminie do 3. dnia każdego miesiąca za miesiąc poprzedni. Sprawozdanie - po weryfikacji danych przez Koordynatora Oddziału Chemioterapii – zatwierdza w terminie nie dłuższym niż 3 dni Naczelny Lekarz **Udzielającego zamówienia**.

#### § 11.

1. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się do poddania kontroli wykonywanej przez **Udzielającego zamówienia**, Narodowy Fundusz Zdrowia, inne uprawnione organy oraz udostępnienia wszelkich danych i informacji niezbędnych do przeprowadzenia kontroli.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązuje się poddać kontroli Narodowego Funduszu Zdrowia przeprowadzanej na zasadach określonych w ustawie z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, w zakresie wynikającym z umowy zawartej przez **Udzielającego zamówienia** z oddziałem Funduszu

#### § 12.

Przy realizacji zadań objętych niniejszą umową **Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do współpracy z personelem medycznym zatrudnianym przez **Udzielającego zamówienia**.

#### § 13.

1. Z tytułu niniejszej umowy strony ponoszą odpowiedzialność solidarną.
2. **Przyjmujący zamówienie** ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, a w szczególności wynikających z:
  - 1) zawinionego niewykonania lub nienależytego wykonania świadczenia zdrowotnego;
  - 2) nieprawidłowego wystawiania recept podlegających refundacji przez Narodowy Fundusz Zdrowia;
  - 3) przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnie ze stanem faktycznym;
  - 4) nieprzewodzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób nieprawidłowy lub niekompletny;
  - 5) braku realizacji zaleceń pokontrolnych.
3. **Udzielający zamówienia** uprawniony jest do żądania od **Przyjmującego Zamówienie** zapłaty kary umownej w wysokości kary umownej lub odszkodowania żądanych od **Udzielającego zamówienia** przez Narodowy Fundusz Zdrowia na podstawie umów zawartych pomiędzy Narodowym Funduszem Zdrowia, a **Udzielającym zamówienia**, jeżeli nałożenie kary umownej lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem zawinionego niewykonania lub zawinionego nienależytego wykonania przez **Przyjmującego zamówienie** zadań i obowiązków wynikających z niniejszej umowy.
4. Strony ustalają, że kwota kar umownych lub odszkodowania żadanego przez **Udzielającego zamówienia**, o których mowa w ust. 3, nie może łącznie przekroczyć kwoty wynagrodzenia wypłaconego **Przyjmującemu Zamówienie** w ostatnich trzech miesiącach realizacji umowy.

#### § 14.

**Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do:

- 1) ubezpieczenia się od odpowiedzialności cywilnej w terminach i wysokości określonych w rozporządzeniu Ministra Finansów z dnia 29 kwietnia 2019 r. w sprawie obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą (Dz.U. 2019, poz. 866);
- 2) złożenia polisy ubezpieczeniowej, o której mowa w pkt 1, najpóźniej w terminie 30 dni od daty podpisania umowy;
- 3) utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,
- 4) posiadania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy aktualnego orzeczenia lekarskiego stwierdzającego brak przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych,
- 5) dostarczenia kopii wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą w zakładzie leczniczym Udzielającego zamówienia wraz z wydrukiem księgi rejestrowej do dnia rozpoczęcia udzielania świadczeń.

## § 15.

W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych zamówieniem, **Przyjmujący zamówienie**, zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa, wystawia pacjentom zaświadczenia lekarskie o czasowej niezdolności do pracy.

## § 16.

1. Strony zobowiązują się do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, o których powzięły wiadomość przy realizacji postanowień niniejszej umowy i które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993 r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (t. j. Dz. U. z 2018 r., poz. 419, z późn. zm.) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy o ochronie danych osobowych.
2. **Udzielający zamówienia**, jako Administrator danych, upoważnia **Przyjmującego zamówienie** do przetwarzania w imieniu **Udzielającego zamówienia** danych osobowych pacjentów w zakresie i w sposób konieczny do wykonania umowy.
3. **Przyjmujący zamówienie** upoważniony jest do przetwarzania w imieniu **Udzielającego zamówienia** danych osobowych pacjentów wyłącznie w okresie obowiązywania umowy, o którym mowa w § 5.
4. **Przyjmujący zamówienie** upoważniony jest do przetwarzania, w imieniu **Udzielającego zamówienia**, danych osobowych pacjentów wyłącznie, gdy jest to niezbędne do celów profilaktyki zdrowotnej lub medycyny pracy, diagnozy medycznej, zapewnienia opieki zdrowotnej, leczenia na podstawie obowiązującego prawa.
5. **Przyjmujący zamówienie** oświadcza, że podlega obowiązkowi zachowania tajemnicy zawodowej na mocy obowiązującego prawa.
6. Przetwarzanie danych na podstawie umowy nie ma charakteru sporadycznego, dane osobowe będą przetwarzane w sposób ciągły przez cały okres obowiązywania umowy.
7. **Przyjmujący zamówienie** upoważniony jest do przetwarzania w imieniu **Udzielającego zamówienia** danych osobowych pacjentów wyłącznie w zakresie koniecznym do udzielania i dokumentowania świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem niniejszej umowy w dokumentacji medycznej, o której mowa w przepisach ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. z 2020 r. poz. 849, z późn. zm.).

## § 17.

1. **Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do przerw w wykonywaniu świadczeń przerwy związanej z potwierdzonym udziałem **Przyjmującego zamówienie** w szkoleniach, sympozjach, zjazdach, zgodnie z harmonogramem ustalonym przez kierownika Oddziału Chemioterapii, o którym mowa w § 2.
2. Nie stanowi naruszenia warunków umowy nieudzielanie świadczeń zdrowotnych w czasie i miejscu uzgodnionym z **Udzielającym zamówienia**, przez **Przyjmującego zamówienie**, w przypadku niezdolności do wykonywania świadczeń spowodowanych chorobą, udokumentowanych zaświadczeniem lekarskim.

## § 18.

Umowa ulega rozwiązaniu w następujących przypadkach:

- 1) z upływem czasu, na który została zawarta;
- 2) na mocy porozumienia stron;
- 3) w wyniku oświadczenia **Przyjmującego Zamówienie** z zachowaniem 1 miesięcznego okresu wypowiedzenia;
- 4) w wyniku oświadczenia **Udzielającego zamówienia** z zachowaniem 1 miesięcznego okresu.

## § 19.

**Udzielający zamówienia** uprawniony jest do rozwiązanie umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym, jeżeli **Przyjmujący zamówienie**:

- 1) utracił prawo wykonywania zawodu lub prawo to zostało w stosunku do niego zawieszona;
- 2) przeniósł prawa i obowiązki wynikające z niniejszej umowy na osobę trzecią bez zgody **Udzielającego zamówienie**;

- 3) nie dotrzymał warunków określonych w § 14 umowy dotyczących ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej oraz orzeczenia lekarskiego o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych;
- 4) w sposób rażąco naruszył postanowienia niniejszej umowy i pomimo pisemnego wezwania oraz **Udzielającego zamówienie** do zaniechania wskazanych naruszeń nie zastosował się do wezwania.

#### § 20.

**Udzielający zamówienia** uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia w przypadku, w którym ulegnie rozwiązaniu umowa zawarta przez **Udzielającego zamówienia** z Narodowym Funduszem Zdrowia. Oświadczenie o rozwiązaniu umowy w tym trybie **Udzielający zamówienia** złoży **Przyjmującemu zamówienie** na piśmie, niezwłocznie po uzyskaniu stosownej informacji.

#### § 21.

**Przyjmujący zamówienie** uprawniony jest do rozwiązania niniejszej umowy bez wypowiedzenia ze skutkiem natychmiastowym w przypadku zwłoki w wypłacie wynagrodzenia, o którym mowa w § 9 ust. 3 przekraczającej 14 dni.

#### § 22.

1. **Udzielający zamówienia** zobowiązuje się w zakresie od niego zależnym zapewnić **Przyjmującemu zamówienie** warunki pracy zgodne z przepisami BHP i p/poż.
2. **Przyjmujący zamówienie** zobowiązany jest do przestrzegania przepisów BHP i p/poż obowiązujących na terenie **Udzielającego zamówienia**.

#### § 23.

W zakresie nieuregulowanym niniejszą umową mają zastosowanie m.in. przepisy ustawy z dnia 27 sierpnia 2004 r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu leczenia szpitalnego, rozporządzenia ministra właściwego do spraw zdrowia w sprawie świadczeń gwarantowanych z zakresu ambulatoryjnej opieki specjalistycznej, obowiązujące zarządzenia Prezesa Narodowego Funduszu Zdrowia, w tym zarządzenie w sprawie chemioterapii oraz Kodeks cywilny.

#### § 24.

**Udzielający zamówienia** oświadcza, że jest dużym przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy z dnia 8 marca 2013 r. o przeciwdziałaniu nadmiernym opóźnieniom w transakcjach handlowych (Dz.U. z 2019, poz. 118 z późn. zm.), a **Przyjmujący zamówienie** potwierdza, że fakt ten jest mu znany w chwili zawierania umowy.

#### § 25.

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach.

#### § 26.

Zmiany lub uzupełnienia umowy dokonywane są w formie pisemnego aneksu, pod rygorem nieważności.

#### § 27.

1. Spory między stronami powstałe w związku z realizacją umowy rozstrzygane będą polubownie z zachowaniem zasady działania w dobrej wierze i z poszanowaniem słuszych interesów stron.
2. Strony ustalają, że sądem wyłącznie właściwym w zakresie spraw wynikających z zawarcia, wykonywania lub rozwiązania umowy jest sąd powszechny właściwy dla siedziby **Udzielającego zamówienia**.

#### **Wykaz załączników:**

*Załącznik nr 1 - wzór miesięcznego harmonogramu,*

*Załącznik nr 2 - wzór miesięcznego sprawozdania,*

**Przyjmujący zamówienie:**

**Udzielający zamówienia:**

## MIESIĘCZNY HARMONOGRAM UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

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

| DZIEŃ:       | Godziny od – do: | Suma w danym dniu: |
|--------------|------------------|--------------------|
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
|              |                  |                    |
| <b>Razem</b> |                  |                    |

.....  
pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie  
Zatwierdzającej

.....  
pieczęć i podpis osoby

## MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

miesiąc..... rok.....

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

| DZIEŃ:                          | Godziny od – do: | Suma w danym dniu: |
|---------------------------------|------------------|--------------------|
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
|                                 |                  |                    |
| <b>Razem:</b>                   |                  |                    |
| w tym w Oddziale Chemioterapii: |                  |                    |
| w tym w Poradni Onkologicznej:  |                  |                    |

Czy uzupełniono dokumentację medyczną:

– TAK\*)  - NIE\*)

\*) - ZAZNACZYĆ ODPOWIEDNIE

.....  
pieczęć i podpis Przyjmującego zamówienie  
Zatwierdzającej

.....  
pieczęć i podpis osoby