

## REJESTR WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

zgodnie z umową nr ..... / 2025

za miesiąc .....20....r.

Przedmiot umowy "Udzielanie specjalistycznych ambulatoryjnych świadczeń zdrowotnych w zakresie chorób płuc"

Dzień miesiąca	Odbiorca	liczba godzin
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		
Łączna liczba godzin w danym przedziale czasowym		
Stawka brutto za godzinę		
Łączna wartość brutto świadczeń w danym przedziale czasowym		
<b>RAZEM - wartość usługi w miesiącu</b>		

Sporządził/a : .....

Podpis i pieczęć wykonującego w/w świadczenia

Podpis i pieczęć Kierownika  
Komórki Organizacyjnej

**Uwaga;** w przypadku udzielenie konsultacji należy dołączyć do rejestru wydruk udzielonych konsultacji z systemu CLINET