***Załącznik nr 1 do umowy***

*(Załącznik do faktury/rachunku)*

**Specyfikacja udzielonych świadczeń zdrowotnych**

**Nazwa Przyjmującego Zamówienie …………………………………………………………………..**

**Komórka Organizacyjna** …………………………………………………………………………………………

**Umowa nr ………………………… z dnia** …………………………. r.  **na udzielanie świadczeń**

**zdrowotnych w zakresie……………………………………………………………………...…………….**

**Miesiąc** ………………………………………. 20…… r.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| DZIEŃ | Usługi świadczono w godzinach od – do | Liczba godzin | Oddział/IP |
|  | - |  |  |
|  | - |  |  |
|  | - |  |  |

**Razem liczba godzin………………………….**

**Stawka za jedną godzinę brutto …………………………………….**

**Razem kwota brutto …………………………………………………..**

 *………………………………………*

 *Podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie*

**Kierownik właściwej komórki organizacyjnej:**

**Potwierdzam wykonanie umowy**

 *……………………………………….………………*

*podpis i pieczęć* Kierownika komórki organizacyjnej

**Stwierdzam zgodność z umową**

*……………………………………..*

*podpis pracownika DSPiP*