Załącznik nr 2 do Szczegółowych warunków konkursu ofert i materiałów informacyjnych o przedmiocie konkursu ofert w SPZZOZ w Sierpcu

**Projekt Umowy**

**UMOWA Nr** .............................

zawarta w dniu ........................................................... w Sierpcu na udzielanie świadczeń zdrowotnych wOddziale……………. Szpitala SPZZOZ w Sierpcu - pomiędzy Samodzielnym Publicznym Zespołem Zakładów Opieki Zdrowotnej 09-200 Sierpc ul. Słowackiego 32 reprezentowanym przez p.o. Dyrektora lek. Tomasza Pokładowskiego zwanym w dalszej części umowy „Udzielającym zamówienia"

a

# OFERENTEM ………………………………………………………………………zwanym w dalszej części umowy „Przyjmującym zamówienie".

*Przyjmujący zamówienie został wybrany w trybie konkursu ofert, przeprowadzonego w oparciu o Regulamin konkursu ofert, obowiązujący u Udzielającego zamówienia i na podstawie art. 27 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, strony zawierają umowę, o następującej treści:*

**§ 1.**

1. Udzielający zamówienia zleca a Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek

udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale…………………………………..

Szpitala SPZZOZ w Sierpcu według uzgodnionego z Kierownikiem/Ordynatorem

Oddziału miesięcznego harmonogramu.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych,

o których mowa w ust. 1 w wymiarze co najmniej …… godzin w każdym miesiącu

objętym umową.

Strony dopuszczają inny wymiar godzin ustalony za obopólną zgodą.

3. Ponadto Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do pozostawania w gotowości do

udzielania świadczeń zdrowotnych w Oddziale………… – według harmonogramu

uzgodnionego z Ordynatorem/Kierownikiem Oddziału oraz faktycznego wykonania

świadczeń na wezwanie przez lekarza dyżurnego (dot. Oddziału Ginekologiczno-

Położniczego i Oddziału Chirurgicznego).

4. Harmonogram, o którym mowa w ust. 1 i 3 ze strony Udzielającego zamówienia zatwierdza

Dyrektor/Zastępca Dyrektora ds. Medycznych.

5. Harmonogram będzie podawany do wiadomości z odpowiednim wyprzedzeniem

(nie później niż na 3 dni przed rozpoczęciem kolejnego okresu rozliczeniowego

miesiąca), z tym, że Udzielający zamówienia ma prawo dokonania zmian w grafiku

w każdym czasie, jeśli jest to niezbędne dla zabezpieczenia wykonywania świadczeń

zdrowotnych, zgodnie z potrzebami.

6. Świadczenia będą udzielane osobom uprawnionym do bezpłatnych świadczeń

zdrowotnych z tytułu ubezpieczenia zdrowotnego lub na podstawie odrębnych

przepisów o bezpłatnej pomocy medycznej, bądź osobom nie posiadającym uprawnień do

bezpłatnych świadczeń, które płacą za leczenie we własnym zakresie.

7. W czasie obowiązywania niniejszej umowy Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do

niewykonywania usług będących przedmiotem niniejszej umowy w sposób kolidujący na

rzecz innego publicznego lub niepublicznego zakładu opieki zdrowotnej, położonego

na terenie statutowej działalności Udzielającego zamówienia, a także prowadzenia prywatnej

praktyki lekarskiej w dniach i godzinach, w których obowiązuje umowa.

**§ 2.**

Udzielający zamówienia zleca, a Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do udzielania świadczeń zdrowotnych, polegających na ratowaniu, przywracaniu i poprawie zdrowia pacjentów, a w szczególności:

1. diagnostyce, leczeniu, sprawowaniu opieki nad pacjentami Oddziału …………………….. Szpitala SPZZOZ w Sierpcu,
2. wykonywaniu zabiegów i operacji zgodnie z katalogiem świadczeń Oddziału …………………..

- (dot. Oddziału Ginekologiczno-Położniczego i Oddziału Chirurgicznego),

3. udzielaniu konsultacji lekarskich w innych Oddziałach Szpitala na wniosek lekarzy zatrudnionych

w jednostkach organizacyjnych Udzielającego zamówienia,

4. wydawaniu orzeczeń lekarskich,

5. starannym prowadzeniu historii choroby pacjentów korzystających ze świadczeń lekarza,

6. wpisywaniu swoich interwencji i obserwacji w historii choroby pacjenta,

7. prowadzeniu dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej zgodnie

z wymogami określonymi w obowiązujących przepisach prawa oraz we współpracy

z Udzielającym zamówienia w tym zakresie,

8. kierowaniu pacjentów na badania diagnostyczne wyłącznie do placówek diagnostycznych

wskazanych przez Udzielającego zamówienia,

9. przestrzeganiu przy udzielaniu świadczeń zdrowotnych praw pacjenta a w szczególności prawa

do uzyskania informacji o stanie zdrowia, uzyskania zgody pacjenta na udzielanie określonych

świadczeń (wykonywanie zabiegów), zapewnienie ochrony danych osobowych pacjenta

zawartych w dokumentacji medycznej,

10. wykonywaniu zleconych obowiązków zgodnie z posiadaną wiedzą medyczną oraz zasadami etyki zawodowej, z zachowaniem należytej staranności i standardami obowiązującymi w danej dziedzinie medycyny na zasadach wynikających z ustawy o zawodzie lekarza i lekarza dentysty, ustawy o działalności leczniczej, ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych, a Udzielający zamówienia umożliwi świadczenie usług zgodnie z obowiązującymi standardami,

11. prowadzeniu ewidencji przychodu i rozchodu leków, środków narkotycznych,

znieczulających i silnie działających,

12. nadzorze i właściwym zabezpieczeniu środków narkotycznych i silnie działających,

13. zapewnieniu całodobowej pomocy medycznej w Izbie Przyjęć Szpitala w Sierpcu dla

zgłaszających się pacjentów,

14. przestrzeganiu regulaminu organizacyjnego Samodzielnego Publicznego Zespołu Zakładów

Opieki Zdrowotnej w Sierpcu oraz zarządzeń wewnętrznych Dyrektora SPZZOZ w Sierpcu.

**§ 3.**

Przyjmujący zamówienie podlega pod względem organizacyjnym Kierownikowi/Ordynatorowi Oddziału …………………. i Dyrektorowi/Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych.

**§ 4.**

W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych, Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do:

1. zlecania badań diagnostycznych, uzasadnionych stanem chorego i nie przekraczających granic koniecznej potrzeby,

2. kierowania pacjentów na konsultacje do ośrodków o wyższym poziomie referencji oraz zasięgania

konsultacji innych specjalności, świadczących usługi na rzecz Udzielającego zamówienia,

3. ordynowania leków i środków diagnostycznych określonych w receptariuszu Udzielającego zamówienia i uzasadnionych stanem chorego,

1. wydawania zleceń na bezpłatny przewóz chorego środkami transportu sanitarnego -

w przypadku:

* przewozów wynikających z potrzeby zachowania ciągłości leczenia w przypadku schorzeń zagrażających zdrowiu i życiu.

**§ 5.**

1. Przy wykonywaniu niniejszej umowy Udzielający zamówienia zapewnia

Przyjmującemu zamówienie:

a/ personel medyczny i pomocniczy niezbędny przy udzielaniu świadczeń w zakresie

wynikającym z umów o udzielanie świadczeń i umów o pracę tego personelu,

b/ korzystanie z urządzeń i aparatury medycznej,

c/ leki, środki narkotyczne, znieczulające i silnie działające w zakresie wynikającym z potrzeb

uzasadnionych medycznie - do rozliczenia,

d/ pozostałe materiały medyczne i artykuły sanitarne.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do dbałości z należytą starannością o składniki

majątkowe, materialne i niematerialne stanowiące własność lub użytkowane przez

Udzielającego zamówienia.

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do ponoszenia kosztów napraw sprzętu medycznego

należącego do Udzielającego zamówienia, uszkodzonego w wyniku działań zawinionych przez

Przyjmującego zamówienia.

**§ 6.**

1. Z tytułu niniejszej umowy strony ponoszą odpowiedzialność solidarną wobec osób trzecich.
2. Przyjmujący zamówienie ponosi odpowiedzialność za szkody powstałe z przyczyn leżących po jego stronie, wynikające z:

a/ nieprawidłowego wystawiania recept podlegających refundacji przez Narodowy Fundusz

Zdrowia,

b/ przedstawienia danych stanowiących podstawę rozliczenia niezgodnych ze stanem

faktycznym,

c/ nie prowadzenia dokumentacji medycznej pacjenta lub prowadzenia jej w sposób

nieprawidłowy i niekompletny,

d/ braku realizacji zaleceń pokontrolnych.

1. Udzielający zamówienia uprawniony jest do żądania pokrycia szkody spowodowanej

nałożeniem przez Narodowy Fundusz Zdrowia kar pieniężnych lub obowiązków

odszkodowawczych, o których mowa w kontraktach zawartych z Narodowym Funduszem

Zdrowia, jeżeli nałożenie tych kar lub obowiązku zapłaty odszkodowania było wynikiem

niewłaściwego wykonania przez Przyjmującego zamówienie zadań i obowiązków

wynikających z niniejszej umowy.

**§ 7.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do:

1/ posiadania ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej w terminie, zakresie

i wysokości określonej dla podmiotu wykonującego działalność leczniczą – zgodnie

z rozporządzeniem Ministra Finansów z dnia 22 grudnia 2011r. w sprawie

obowiązkowego ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego

działalność leczniczą (Dz.U. Nr 293, poz. 1729),

2/ doręczenia, potwierdzonej za zgodność przez uprawnione osoby, kopii polisy

ubezpieczeniowej, o której mowa w pkt. 1, Udzielającemu zamówienia, najpóźniej

w pierwszym dniu obowiązywania umowy,

3/ utrzymywania przez cały okres obowiązywania niniejszej umowy stałej sumy

gwarancyjnej oraz wartości ubezpieczenia,

4/ posiadania aktualnych szkoleń z zakresu bhp, aktualnych badań profilaktycznych

z potwierdzeniem braku przeciwwskazań zdrowotnych i epidemiologicznych do pracy

na stanowisku o określonym charakterze, wykonanych we własnym zakresie.

5/ noszenia w widocznym miejscu osobistego identyfikatora.

**§ 8.**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest przy realizacji niniejszej umowy

przeprowadzić na własny koszt:

1/ profilaktyczne badania lekarskie wymagane przez obowiązujące przepisy,

2/ szkolenia w zakresie bezpieczeństwa i higieny pracy.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest zapewnić we własnym zakresie odzież

i obuwie robocze, spełniające certyfikaty jakości oraz utrzymania tej odzieży

w należytym stanie, gwarantującym higieniczne i bezpieczne warunki pracy.

**§ 9.**

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do przestrzegania zasad wykonywania

świadczeń zdrowotnych wskazanych w umowach zawartych przez Udzielającego

zamówienia z Narodowym Funduszem Zdrowia i innymi podmiotami.

2. Przyjmujący zamówienie przyjmuje na siebie obowiązek poddania się kontroli Udzielającego

zamówienia, Narodowego Funduszu Zdrowia oraz innych uprawnionych organów i osób, w zakresie świadczeń medycznych będących przedmiotem umowy.

3. W razie stwierdzenia nieprawidłowości z tytułu nieprawidłowo wykonanych świadczeń przez Przyjmującego zamówienie - Udzielający zamówienia wydaje Przyjmującemu

zamówienie zalecenia pokontrolne.

§ 10.

1. Za świadczenia udzielane na podstawie umowy, Przyjmujący zamówienie nie może

pobierać od pacjentów żadnych dodatkowych opłat chyba, że taka odpłatność

przewidziana jest w odrębnych przepisach, jedynie poprzez zlecenie dokonania wpłaty

do Kasy SPZZOZ w Sierpcu.

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zapewnienia pacjentom bezpieczeństwa

podczas udzielania świadczeń.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do podejmowania i prowadzenia działań

mających na celu utrzymanie oraz podnoszenie poziomu i jakości udzielanych świadczeń,

na zasadach wynikających z procedur Systemu Zarządzania Jakością i wymogów Narodowego

Funduszu Zdrowia.

§ 11.

W związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych objętych przedmiotem umowy,

Przyjmujący zamówienie uprawniony jest do wydawania pacjentom zaświadczeń

o czasowej niezdolności do pracy, na zasadach wynikających z odrębnych przepisów.

§ 12.

Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do pisemnego powiadomienia Udzielającego

zamówienia o planowanej przerwie w udzielaniu świadczeń objętych umową.

Powiadomienie winno nastąpić w terminie co najmniej 35 dni przed planowaną przerwą

i wskazywać przewidywany okres jej trwania.

§ 13.

1. Przyjmujący zamówienie udziela świadczeń zdrowotnych będących przedmiotem

umowy osobiście i nie może powierzyć ich udzielania osobom trzecim, chyba, że

uzyska na to zgodę Udzielającego zamówienia.

2. Przyjmujący zamówienie ma obowiązek ustanowienia zastępstwa w razie

zaistnienia okoliczności uniemożliwiających osobiste udzielanie świadczeń zgodnie

z umową.

Wniosek o zgodę na ustanowienie zastępstwa Przyjmujący zamówienie

przedkłada Udzielającemu zamówienia na piśmie.

3. Osoby, na które Przyjmujący zamówienie przeniósł obowiązki będące

przedmiotem niniejszej umowy, powinny posiadać odpowiednie kwalifikacje

i uprawnienia określone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 20 lipca 2011r.

w sprawie kwalifikacji wymaganych od pracowników na poszczególnych rodzajach

stanowisk pracy w podmiotach leczniczych niebędących przedsiębiorcami (Dz.U.

z 2011r. Nr 151 poz. 896) oraz świadczyć usługi zgodnie z przepisami ustawy z dnia

5 grudnia 1996r. o zawodzie lekarza i lekarza dentysty.

4. W uzasadnionych przypadkach dopuszcza się aneksowanie wykazu lekarzy do

udzielania świadczeń wynikających z niniejszej umowy, zgodnie z ustalonymi

wymogami (nie dot. działalności leczniczej wykonywanej w formie jednoosobowej

działalności gospodarczej jako indywidualnej/indywidualnej specjalistycznej praktyki

lekarskiej)***.***

5. Udzielający zamówienia zastrzega sobie prawo nie wyrażenia zgody – w

uzasadnionych przypadkach na wykonanie usług przez konkretną osobę realizującą

usługę w imieniu i na rzecz Przyjmującego zamówienia.

**§ 14.**

1. Za świadczone usługi będące przedmiotem niniejszej umowy strony ustalają następujące

wynagrodzenie:

a/ za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale …………………….Szpitala

w Sierpcu wynagrodzenie w wysokości: ……………….. zł brutto (słownie: …)

za 1 godzinę wykonanych usług.

b/ za pozostawanie w gotowości do udzielania świadczeń w Oddziale ………………..

Szpitala w Sierpcu wynagrodzenie w wysokości: ……. zł brutto (słownie: …………)

za 1 godzinę (dot. Oddziału Chirurgicznego i Oddziału Ginekologiczno-Położniczego),

c/ za faktyczne wykonanie świadczeń na wezwanie lekarza dyżurnego do udzielania świadczeń

zdrowotnych w Oddziale………Szpitala SPZZOZ w Sierpcu wynagrodzenie w wysokości:

………….. zł brutto (słownie:……………….) za 1 godzinę wykonanych usług

(dot. Oddziału Chirurgicznego i Oddziału Ginekologiczno-Położniczego ).

d/za wykonane zabiegi ………………………………………….. w Oddziale

Chirurgicznym Szpitala SPZZOZ w Sierpcu zgodnie z katalogiem świadczeń

Oddziału wynagrodzenie w wysokości: .............. % , słownie: ……………………

wartości punktowej wykonanej usługi.

e/ za udzielanie świadczeń zdrowotnych w Oddziale ………………………………..

w zakresie: …………………………………………………………………………..

miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości: ..................... zł

brutto słownie: .................................................................................................

za wykonane świadczenia.

f/ za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji kardiologicznych

w Oddziale Pediatrycznym i Neonatologicznym wynagrodzenie ryczałtowe

w wysokości: ..................... zł brutto słownie: ……………………………….

za 1 wykonaną konsultację.

g/ za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie konsultacji ortopedycznych

w Ośrodku Rehabilitacji Dziennej wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości:

.................... zł brutto słownie: ...........................................................................

za 1 wykonaną konsultację.

h/ za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania n/w badań

wynagrodzenie w wysokości brutto za 1 wykonane badanie:

* ........................................................................................................... = ………. zł brutto słownie:.....................................................................................................
* ...........................................................................................................= ……….. zł brutto słownie:......................................................................................................
* ...........................................................................................................= ……….. zł brutto słownie:.......................................................................................................

i/ za udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie wykonywania badań……………...

…………………………………………………………………………………………..

miesięczne wynagrodzenie ryczałtowe w wysokości ………………… zł brutto

słownie: ……………………………………………. za wykonane badania:

2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do złożenia Udzielającemu zamówienia

rachunku za wykonane usługi - w terminie 7 dni po zakończeniu miesiąca.

3. Do rachunku Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest dołączyć kartę świadczonych

usług, potwierdzoną przez Kierownika/Ordynatora Oddziału i zatwierdzoną przez

Dyrektora/Zastępcę Dyrektora ds. Medycznych.

4. Udzielający zamówienia zobowiązuje się wypłacić należność wynikającą ze złożonego

rachunku za poprzedni miesiąc wykonania umowy w terminie 21 dni od daty złożenia rachunku

- przelewem na wskazany rachunek bankowy.

5. Wynagrodzenie, o którym mowa w ust. 1 wyczerpuje całość zobowiązań finansowych

Udzielającego zamówienia względem Przyjmującego zamówienie.

6. Przyjmujący zamówienie samodzielnie dokonuje wpłat i rozliczeń z Zakładem Ubezpieczeń

Społecznych oraz Urzędem Skarbowym.

**§ 15.**

Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zachowania w tajemnicy wszelkich informacji, pozyskanych w związku z udzielaniem świadczeń zdrowotnych w ramach umowy, które stanowią tajemnicę przedsiębiorstwa w rozumieniu przepisów ustawy z dnia 16 kwietnia 1993r. o zwalczaniu nieuczciwej konkurencji (tekst jednolity Dz.U. z 2003r. Nr 1503 z późn. zm.) oraz podlegają ochronie w rozumieniu ustawy z dnia 29 sierpnia 1997r. o ochronie danych osobowych (tekst jednolity Dz.U. z 2015r. poz. 2135 z późn. zm.), których ujawnienie mogłoby narazić na szkodę Udzielającego zamówienia lub naruszenie dóbr osobistych pracowników i pacjentów.

**§ 16.**

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od ……………….do dnia………………..

2. Wszystkie zmiany umowy wymagają formy pisemnej pod rygorem nieważności i mogą być dokonywane

wyłącznie za zgodą obu stron.

**§17.**

Umowa ulega rozwiązaniu;

1. z upływem czasu, na który została zawarta,

2. na mocy porozumienia stron,

3. wskutek oświadczenia jednej ze stron, z zachowaniem 1 - miesięcznego okresu wypowiedzenia

licząc od końca miesiąca, w którym zostało złożone oświadczenie o wypowiedzeniu,

4. wskutek oświadczenia jednej ze stron, bez zachowania okresu wypowiedzenia, w przypadku,

gdy druga strona rażąco narusza istotne postanowienia umowy, w szczególności:

a/ utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień do wykonywania zawodu,

b/ nieusprawiedliwionej nieobecności w ustalonym terminie udzielania świadczeń zdrowotnych,

c/ wykorzystywania przez Przyjmującego zamówienie sprzętu i aparatury medycznej

Udzielającego zamówienia dla innych celów niż wykonywanie usług objętych niniejszą

umową,

d/ wygaśnięcia polisy OC i nie przedstawienia przez Przyjmującego zamówienie polisy zawartej

na kolejny okres ubezpieczenia,

e/ wygaśnięcia terminu ważności zaświadczenia lekarskiego i nie przedstawienia przez

Przyjmującego zamówienie na kolejny okres zaświadczenia od lekarza wykonującego badania

profilaktyczne o braku przeciwwskazań do udzielania świadczeń zdrowotnych oraz badania

do celów sanitarno-epidemiologicznych,

f/ niewykonania lub nienależytego jej wykonania, a w szczególności ograniczenia dostępności

świadczeń, zawężania ich zakresu, złej jakości świadczeń stwierdzonych w wyniku kontroli,

5. z dniem zakończenia udzielania określonych świadczeń zdrowotnych przez Udzielającego

zamówienia - w szczególności w przypadku nie otrzymania przez Udzielającego zamówienie

z Narodowego Funduszu Zdrowia kontraktu - umowy na świadczenie usług zdrowotnych

objętych umową.

**§ 18.**

W sprawach nie uregulowanych niniejszą umową mają zastosowanie przepisy Kodeksu Cywilnego.

**§ 19.**

Spory wynikające na tle niniejszej umowy rozstrzygać będzie Sąd właściwy dla siedziby Udzielającego zamówienia**.**

**§ 20.**

Umowa została sporządzona w trzech jednobrzmiących egzemplarzach, z których 1 egzemplarz otrzymuje Przyjmujący zamówienie, a 2 egzemplarze otrzymuje Udzielający zamówienia.

**PRZYJMUJĄCY ZAMÓWIENIE: UDZIELAJĄCY ZAMÓWIENIA:**

Załącznik nr 1 do umowy

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY GODZIN UDZIELANYCH**

**ŚWIADCZEŃ W ODDZIALE** ..................................................................................

**miesiąc** ...........................................  **rok** .................................

......................................................................................................................

(imię i nazwisko lekarza/innej osoby uprawnionej)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DZIEŃ**  **miesiąca** | **Godziny od –do**  **w dni robocze** | **Godziny od-do**  **w dni wolne**  **od pracy** | **Suma godzin**  **w danym dniu roboczym** | **Suma godzin**  **w danym dniu wolnym od pracy** | **Uwagi** |
| **01** |  |  |  |  |  |
| **02** |  |  |  |  |  |
| **03** |  |  |  |  |  |
| **04** |  |  |  |  |  |
| **05** |  |  |  |  |  |
| **06** |  |  |  |  |  |
| **07** |  |  |  |  |  |
| **08** |  |  |  |  |  |
| **09** |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |
| **11** |  |  |  |  |  |
| **12** |  |  |  |  |  |
| **13** |  |  |  |  |  |
| **14** |  |  |  |  |  |
| **15** |  |  |  |  |  |
| **16** |  |  |  |  |  |
| **17** |  |  |  |  |  |
| **18** |  |  |  |  |  |
| **19** |  |  |  |  |  |
| **20** |  |  |  |  |  |
| **21** |  |  |  |  |  |
| **22** |  |  |  |  |  |
| **23** |  |  |  |  |  |
| **24** |  |  |  |  |  |
| **25** |  |  |  |  |  |
| **26** |  |  |  |  |  |
| **27** |  |  |  |  |  |
| **28** |  |  |  |  |  |
| **29** |  |  |  |  |  |
| **30** |  |  |  |  |  |
| **31** |  |  |  |  |  |
| **Razem:** |  |  |  |  |  |

**Zatwierdzam Zatwierdzam**

......................................... ............................................. ..........................................................

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis Kierownika pieczęć i podpis Dyrektora

/innej osoby uprawnionej /Ordynatora /Z-cy Dyr.d/s Med.

Załącznik nr 1 do umowy

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z LICZBY UDZIELANYCH**

**ŚWIADCZEŃ W** ..................................................................................

**miesiąc** ...........................................  **rok** .................................

......................................................................................

(imię i nazwisko lekarza)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **DZIEŃ**  **miesiąca** | **Ilość wykonanych świadczeń…………………………**  **………………………………………………………….** | **Uwagi** |
| **01** |  |  |
| **02** |  |  |
| **03** |  |  |
| **04** |  |  |
| **05** |  |  |
| **06** |  |  |
| **07** |  |  |
| **08** |  |  |
| **09** |  |  |
| **10** |  |  |
| **11** |  |  |
| **12** |  |  |
| **13** |  |  |
| **14** |  |  |
| **15** |  |  |
| **16** |  |  |
| **17** |  |  |
| **18** |  |  |
| **19** |  |  |
| **20** |  |  |
| **21** |  |  |
| **22** |  |  |
| **23** |  |  |
| **24** |  |  |
| **25** |  |  |
| **26** |  |  |
| **27** |  |  |
| **28** |  |  |
| **29** |  |  |
| **30** |  |  |
| **31** |  |  |
| **Razem:** |  |  |

**Zatwierdzam Zatwierdzam**

......................................... ............................................. ……………………………

pieczęć i podpis lekarza pieczęć i podpis Kierownika pieczęć i podpis Dyrektora/

/Ordynatora Z-cy Dyr. ds. Med.