***Załącznik nr 1 do umowy EZ/214/52/2025***

**Miesięczna ewidencja wykonanych świadczeń zdrowotnych z zakresu psychologii w jednostkach organizacyjnych Szpitala przez:**

**………………………………………………………………………………………………**

(nazwa i adres, NIP, REGON podmiotu realizującego przedmiotowe świadczenia)

**w miesiącu ………………………………………………**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Data** | **Godziny** | | | **Nazwa jednostki organizacyjnej w której realizowane były świadczenia zdrowotne** |
| **od** | **do** | **Czas** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Suma** | | |  |  |

……………………............……………..

                                                                                                                 pieczątka i podpis Wykonawcy

 ………………………………...........……………..

                                                                                            pieczątka i podpis Zamawiającego