Załącznik NR 1
do umowy Nr DO. 6111.. .2023
z dnia ……stycznia 2023 r.

Zestawienie
świadczeń zdrowotnych udzielonych w Oddziale Okulistycznym
za m-c ..... 20…. r.

Lp.	Opis świadczenia	PESEL pacjenta, którego dotyczy świadczenie	Data wykonania świadczenia	Koszt brutto (PLN)
			Razem:	

……
(data i podpis Przyjmującego Zamówienie)

Potwierdzam wykonanie świadczeń ujętych w zestawieniu:

……..
(data i podpis Ordynatora Oddziału Okulistycznego)

WZÓR