

Załącznik nr 2 do umowy nr.....

**Ewidencja godzin wykonania umowy na udzielanie świadczeń zdrowotnych**

Miesiąc..... 20..... r.

**Imię i nazwisko Przyjmującego zamówienie**

dzień miesiąca	godz. rozpoczęcia świadczenia usług	godz. zakończenia świadczenia usług	liczba godzin świadczenia usług	uwagi
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				
<b>liczba godzin ogółem</b>				

\_\_\_\_\_  
podpis Przyjmującego zamówienie

\_\_\_\_\_  
podpis Udzielającego zamówienia

**Oświadczam, że wszystkie zadeklarowane godziny pracy oraz dyżurowe w USK, zostały faktycznie przepracowane na rzecz USK w Opolu**

\_\_\_\_\_  
podpis Przyjmującego zamówienia

**Potwierdzam zgodność kopii z dokumentem elektronicznym:**

Identyfikator dokumentu	21125.46909.32493
Nazwa dokumentu	ewidencja godzin.xls
Tytuł dokumentu	ewidencja godzin
Skrót dokumentu	62D3660F1B8C40C8EBE2C748A3947E07D669 3D50
Wersja dokumentu	1.0
Akceptacja	Utzig Lucyna, 19.05.2023 07:41:20, wersja 1.0 (Kierownik Działu, Dyrektor ds. Ekonomicznych (DE), Dział Kontraktowania i Rozliczeń (EM)) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
	EZD 3.112.1.1.
Data wydruku:	24.05.2023 09:35:43
Autor wydruku:	Machowska Aleksandra