

Załącznik nr 2 do umowy nr.....

**Ewidencja godzin wykonania umowy o świadczenie usług 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 wydruku z dokumentem wydanym w postaci elektronicznej:

Identyfikator dokumentu	98338.264958.160190
Nazwa dokumentu	ewidencja godzin.xls
Tytuł dokumentu	ewidencja godzin
Skrót dokumentu	A0C9AC76A73CD63E6A97837DBF4B93FFB0 7EDDDFF
Wersja dokumentu	1.0
Akceptacja	Feusette Piotr, 02.08.2024 13:37:00, wersja 1.0 (Dyrektor ds. Lecznictwa, Dyrektor ds. Lecznictwa (DL), Dyrektor ds. Lecznictwa (DL)) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
Akceptacja	Utzig Lucyna, 02.08.2024 09:48:56, wersja 1.0 (Kierownik Działu, Dyrektor ds. Ekonomicznych (DE), Dział Kontraktowania i Rozliczeń (EM)) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
Akceptacja	Machowska Aleksandra, 31.07.2024 09:17:13, wersja 1.0 (Starszy Specjalista, Dyrektor ds. Ekonomicznych (DE), Dział Kontraktowania i Rozliczeń (EM)) Uniwersytecki Szpital Kliniczny w Opolu
	EZD 3.122.10.10.
Data wydruku:	09.08.2024 07:39:06
Autor wydruku:	Machowska Aleksandra