Załącznik nr 2 do SWKO,

UMOWA KONTRAKT O ŚWIADCZENIE USŁUG ZDROWOTNYCH - WZÓR

zawarta w dniu ……. roku w Malborku pomiędzy:
Powiatowym Centrum Zdrowia Spółką z ograniczoną odpowiedzialnością z siedzibą w Malborku, ul. Armii Krajowej 105/106, wpisaną do Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez Sąd Rejonowy Gdańsk-Północ w Gdańsku, VII Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego, numer KRS 0000280526, NIP: 579-21-33-296, REGON: 220415305, reprezentowaną zgodnie z wpisem w KRS przez:
Prezesa – Pawła Chodyniaka
zwanym dalej **Udzielającym zamówienia,**
a
…… ul. ……., ……. lekarzem prowadzącym Indywidualną Praktykę Lekarską na podstawie wpisu do Rejestru Indywidualnych Praktyk Lekarskich prowadzonego przez Okręgową Izbę Lekarską w …….. pod numerem ……., z prawem wykonywania zawodu numer ……. wydanym przez ……, posiadającym specjalizację …….. w zakresie ginekologii i położnictwa, PESEL ……, NIP ……, REGON …….
zwanym dalej **Przyjmującym zamówienie,**

§ 1

Przyjmujący zamówienie oświadcza, że posiada:
1. czynne prawo wykonywania zawodu lekarza,
2. Specjalizację – dyplom uzyskania tytułu specjalisty ginekologii i położnictwa …….stopnia,
3. aktualne, obowiązkowe ubezpieczenie od odpowiedzialności cywilnej prowadzonej działalności.
4. prowadzi działalność gospodarczą w postaci indywidualnej praktyki lekarskiej, która umożliwia zawarcie umowy z Udzielającym zamówienie.
5. Posiada aktualne orzeczenie lekarskie o braku przeciwwskazań do pracy na stanowisku lekarza.
6. Posiada zaświadczenie o ukończeniu szkolenia z zakresu BHP.

§ 2

1. Udzielający Zamówienia zleca udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie położnictwa i ginekologii na Oddziale Położniczo – Ginekologicznym i w Izbie Przyjęć Położniczo – Ginekologicznej, w ramach dyżurów medycznych,
2. W sytuacji zaistnienia potrzeby u Udzielającego zamówienia strony mogą za porozumieniem rozszerzyć/zmienić zakres (rodzaj, miejsce, czas) udzielanych świadczeń.
3. Miejscem udzielania świadczeń są jednostki organizacyjne Powiatowego Centrum Zdrowia Spółka z o.o. w Malborku.
4. Szczegółowy harmonogram udzielania świadczeń zdrowotnych (miejsc, dni i godzin i rozpoczynania i kończenia poszczególnych zadań) w tym dyżurów medycznych w cyklu miesięcznym ustala koordynator Oddziału Położniczo-Ginekologicznego w porozumieniu z Dyrektorem ds. medycznych Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku oraz Przyjmującym zamówienie.
5. Harmonogram, o którym mowa w p. 4 jest udostępniany nie później niż do 20 dnia miesiąca przed miesiącem, w którym harmonogram obowiązuje.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do współpracy z koordynatorem Oddziału Położniczo-Ginekologicznego w zakresie zapewnienia ciągłości udzielania świadczeń na oddziale i Izbie Przyjęć.

§ 3

1. Udzielający zamówienie zapewnia nieodpłatną możliwość korzystania ze sprzętu, leków i materiałów medycznych w ilościach niezbędnych do udzielania świadczeń.
2. Udzielający zamówienia pokrywa koszty badań w zakresie profilaktyki poekspozycyjnej powstałej w wyniku kontaktu z materiałem biologicznym potencjalnie zakaźnym oraz koszty profilaktycznego leczenia poekspozycyjnego.

3. Przyjmujący zamówienie we własnym zakresie zaopatrzy się w obowiązujący ubiór medyczny i wymagane regulaminem obuwie do udzielania świadczeń na oddziale i w poradni.
4. Odzież operacyjną obowiązującą na Bloku Operacyjnym, jak również obuwie tam obowiązujące zapewni nieodpłatnie Udzielający zamówienia.

§ 4

1. Przyjmujący zamówienie ponosi całkowitą odpowiedzialność za ordynowanie leków, materiałów medycznych, środków leczniczych i pomocniczych.
2. Przyjmujący zamówienie może ordynować pacjentom hospitalizowanym na oddziale i leczonym w ginekologiczno- położniczej izbie przyjęć jedynie leki uzyskane z Apteki PCZ Sp. z o.o. , a także, jeśli uzna za konieczne, leki zażywane przez pacjentki zgodnie z zaleceniami jakich udzielił lekarz leczący pacjentkę poza oddziałem (po uzyskaniu pisemnej ordynacji tego lekarza).
3. Ordynowanie leków dla pacjentów na receptach musi odbywać się zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami.
4. Ordynowanie leków musi się obywać zgodnie z obowiązującymi w tym zakresie przepisami, polityką antybiotykową Szpitala, a także zasadami farmakoterapii określonymi przez Komitet ds. Terapii Szpitala.
5. Ordynowanie leczenia krwią, jej składnikami i preparatami krwiopochodnymi odbywać się może wyłącznie w zgodzie z obowiązującymi przepisami prawa , a także zgodnie z zaleceniami Komitetu ds. Terapii i lekarza odpowiedzialnego za gospodarkę krwią Powiatowego Centrum zdrowia Sp. z o.o.
6. Ordynowanie leków poza oficjalnymi wskazaniami musi być uzgadniane z koordynatorem oddziału i Dyrektorem ds. medycznych .

§ 5

Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany:

1. Do zawarcia umowy z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych i uzyskania prawa do orzekania o czasowej niezdolności do pracy.
2. Do udzielania Świadczeń zdrowotnych na zasadach określonych przez Narodowy Fundusz Zdrowia w warunkach ogólnych na zawieranie umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych oraz warunków szczegółowych w zakresie objętym Umową,
3. Do przestrzegania praw pacjenta wynikających z obowiązujących przepisów,
4. Do zapewnienia Pacjentom bezpieczeństwa podczas udzielania Świadczeń zdrowotnych,
5. Do udzielania Świadczeń zdrowotnych, udostępnionymi przez Udzielającego zamówienie środkami, w sposób kompleksowy, w szczególności obejmujący wykonanie niezbędnych badań, oraz procedur związanych z udzielaniem Świadczeń zdrowotnych,
6. Do wykonywania zawodu lekarza podczas realizacji postanowień umowy z należytą starannością wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp w tym zakresie i inne postanowienia przepisów prawa w tym zakresie, zgodnie z aktualną wiedzą medyczną.
7. Do wykonywania zabiegów operacyjnych u pacjentek hospitalizowanych na oddziale położniczo-ginekologicznym, a także asystowanie do zabiegów operacyjnych zgodnie z ustaleniami koordynatora oddziału położniczo-ginekologicznego – o ile nastąpi taka konieczność. Skład zespołu asystującego Przyjmujący zamówienie uzgadnia z koordynatorem oddziału ginekologiczno- położniczego, a w sytuacji jego nieobecności Przyjmujący zamówienie ustala ten skład samodzielnie.
8. Do współpracy z koordynatorem oddziału i innymi lekarzami, a także personelem pielęgniarskim i zespołem ds. zakażeń we wszelkich sprawach związanych z udzielaniem świadczeń medycznych i organizacją udzielania świadczeń przez Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku.
9. Do kwalifikowania pacjentek przybywających do izby przyjęć ze skierowaniem i bez skierowań, do hospitalizacji na oddziale położniczo-ginekologicznym , a w przypadku nie ustalenia wskazań do hospitalizacji, określenia dalszego postępowanie pacjentki poprzez pisemne ich wyszczególnienie na karcie informacyjnej izby przyjęć.

10. Konsultować pacjentów z innych oddziałów Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. na zlecenie lekarzy podczas dyżuru medycznego w zakresie ustalonym z koordynatorem oddziału położniczo-ginekologicznego. Konsultowaniem jest także odbywanie konsultacji podczas zabiegu operacyjnego prowadzonego przez innego lekarza oddziału położniczo-ginekologicznego jak i lekarzy innych oddziałów Szpitala - jeśli o taką konsultację poproszą.
11. Do prowadzenia dokumentacji medycznej zgodnie z obowiązującymi przepisami prawa oraz regulacjami obowiązującymi w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku, a także szczegółowymi regulacjami obowiązującymi na oddziale położniczo-ginekologicznym,
12. Do uzyskiwania świadomej zgody na zabieg operacyjny od pacjentki operowanej.
13. Do rzetelnego i starannego przygotowania dokumentacji medycznej i statystycznej do rozliczenia świadczeń zgodnie z katalogami NFZ lub innego płatnika.
14. Zastosować się do obowiązujących w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku zasad i procedur związanych z zapobieganiem zakażeniom, a w szczególności zakażeniom szpitalnym.
15. Do przebywania w czasie wykonywania świadczenia zgodnie z przyjętym harmonogramem na terenie oddziału i szpitala, a w przypadku konieczności oddalenia się poza oddział powiadomić o miejscu swego przebywania koordynatora, zespół pielęgniarski oddziału czy izby przyjęć.
16. Zakończenia dyżuru medycznego nie wcześniej niż po przekazaniu raportu lekarskiego i pacjentów oddziału i izby przyjęć następnemu lekarzowi dyżurnemu.
17. W czasie wykonywania świadczeń w przypadku ustalenia wskazań do hospitalizacji w innej jednostce ochrony zdrowia skierować pacjentkę oddziału położniczo-ginekologicznego do tej jednostki i możliwie uzgodnić miejsce hospitalizacji oraz w razie potrzeby, po uzgodnieniu z koordynatorem oddziału, towarzyszyć pacjentce.

§ 6

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do rzetelnego wykonywania świadczeń wykorzystując wiedzę i umiejętności medyczne oraz postęp w tym zakresie.
2. Przyjmujący zamówienie przyjmuje obowiązek poddania się kontroli przeprowadzanej przez Udzielającego zamówienie, w tym również kontroli przeprowadzanej przez uprawnione osoby w zakresie wykonywania umowy, w szczególności:
    a) Sposobu udzielania świadczeń zdrowotnych;
    b) Gospodarowania powierzonymi środkami;
    c) Dokonywania rozliczeń ustalających koszty udzielonych świadczeń;
    d) Prowadzenia wymaganej dokumentacji medycznej oraz sprawozdawczości statystycznej;
3. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do poddania się kontroli prowadzonej przez Narodowy Fundusz Zdrowia w zakresie spełnienia wymagań co do realizacji przedmiotu umowy.
4. Przyjmujący zamówienie odpowiada prawnie i materialnie za należyte wykonanie obowiązków związanych z realizacja niniejszej umowy.

§ 7

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest osobiście świadczyć przedmiotowe usługi medyczne i nie może zlecić wykonania świadczeń innej osobie.
2. W czasie udzielania świadczeń zdrowotnych Przyjmujący Zamówienie nie może świadczyć żadnych usług medycznych osobom nie będącym pacjentami Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku.
3. Pacjentem Powiatowego Centrum Zdrowia Sp. z o.o. jest osoba zwracająca się o udzielanie świadczeń zdrowotnych lub korzystająca ze świadczeń zdrowotnych udzielanych przez Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o.

§ 8

1. Przyjmujący zamówienie osobiście rozlicza się z Urzędem Skarbowym i Zakładem Ubezpieczeń Społecznych z tytułu świadczeń w ramach niniejszej umowy.
2. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do zawarcia we własnym zakresie umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej lekarza wykonującego zawód na terenie RP w stosownym zakresie przewidzianym przepisami prawa oraz dodatkowego ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej praktyki zawodowej w związku z udzielaniem świadczeń będących przedmiotem niniejszej umowy wynikających z przepisów prawa w tym zakresie.

3. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do aktualizacji polisy OC, o której mowa w ust. 2 i przedstawiania bez wezwania jej aktualizacji dyrekcji PCZ w Malborku.
4. Przyjmujący zamówienie odpowiada prawnie i materialnie za należyte wykonanie obowiązków w związku z realizacją niniejszej umowy.
5. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania aktualnego zaświadczenia o ukończonym szkoleniu BHP i przedstawienia bez wezwania jego aktualizacji Dyrekcji PCZ w Malborku.
6. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do posiadania aktualnego zaświadczenia lekarskiego o braku przeciwskazań do wykonywania zawodu i przedstawienia bez wezwania jego aktualizacji Dyrekcji PCZ w Malborku.
7. W sytuacji niedostarczenia do Udzielającego zamówienia aktualnej polisy OC lub innych niezbędnych dokumentów kadrowych Udzielający zamówienia może wstrzymać zapłatę za udzielone świadczenia do czasu uzupełnienia braków dokumentacji.
8. Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przestrzegania procedur i standardów Zintegrowanego Systemu Zarządzania Jakością oraz Regulaminu Organizacyjnego obowiązujących w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku.

§ 9

1. Wynagrodzenie Przyjmującego Zamówienie za świadczenia zdrowotne będące przedmiotem umowy określa załącznik Nr 1.
2. Wypłata wynagrodzenia, o którym mowa wyżej nastąpi w terminie do 21 dni od dnia przedłożenia faktury.
3. Faktura za świadczenia zdrowotne będące przedmiotem niniejszej umowy musi odpowiadać cechom dowodu księgowego, określonym w art. 21 ustawy z dnia 29.09.1994r o rachunkowości (Dz. U. Nr 121, poz. 591 ze zmianami).
4. Termin wystawienia faktury, o której mowa w ust. 3 niniejszego paragrafu - 7 dni po zakończeniu miesiąca rozliczeniowego.
5. W treści faktury należy powołać się na numer umowy, w ramach której usługi zostały wykonane. W przypadku braku numeru, należy wskazać datę zawarcia umowy na podstawie której faktura została wystawiona.
6. Wraz z fakturą Przyjmujący zamówienie zobowiązany jest do przedłożenia harmonogramu udzielonych świadczeń za dany miesiąc rozliczeniowy, zatwierdzony przez kierownika/ koordynatora komórki lub Dyrekcję lub/i harmonogram świadczeń zdrowotnych - konsultacje. Wzór harmonogramów stanowią odpowiednio załączniki nr 3 i nr 4 do umowy.
7. Błędnie wystawiona faktura lub brak załącznika w postaci zatwierdzonych harmonogramów, o których mowa w pkt 6 spowodować może opóźnienie w terminie wypłaty, o którym mowa w p. 2 o czas usunięcia błędów.
8. W razie zwłoki w uiszczaniu przez Udzielającego Zamówienie kwot należności wynikających z umowy, Przyjmującemu Zamówienie przysługują odsetki ustawowe.
9. Przyjmujący zamówienie jest zobowiązany do nieujawniania warunków finansowych umowy osobom trzecim pod rygorem kary finansowej w wysokości trzykrotności średniomiesięcznych przychodów uzyskanych w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. za ostatni kwartał świadczenia usług.

§ 10

1. Przyjmujący zamówienie zobowiązuje się do zachowania w tajemnicy informacji organizacyjnych oraz wszelkich innych dotyczących Udzielającego zamówienie, które nie zostały podane do publicznej wiadomości.
2. W przypadku naruszenia przez Przyjmującego zamówienie postanowienia ust. 1 Udzielający zamówienie może rozwiązać umowę w trybie natychmiastowym - z dniem doręczenia pisemnego zawiadomienia.

§ 11

1. Niniejsza umowa zostaje zawarta na czas określony od dnia **01.03.2021r. do dnia 28.02.2023r.**
2. Każda ze stron może rozwiązać umowę z zachowaniem 3-miesięcznego okresu wypowiedzenia ze skutkiem na koniec miesiąca oraz formy pisemnej pod rygorem nieważności.

§ 12

1. Umowa może zostać rozwiązana ze skutkiem natychmiastowym, w razie:
   a) utraty przez Przyjmującego zamówienie uprawnień wykonywania zawodu,
   b) dwukrotnej nieusprawiedliwionej nieobecności w ustalonym terminie świadczenia usług medycznych,
   c) trzykrotnego niepodporządkowania się pisemnym zaleceniom Udzielającego zamówienia w zakresie przestrzegania postanowień § 5,
   d) wykorzystania przez Przyjmującego zamówienie sprzętu i aparatury medycznej udzielającego zamówienie dla innych celów niż wykonywanie usług objętych niniejszą umową,
   e) bezprawnego pobierania opłat od pacjentek na etapie kwalifikacji lub udzielania świadczeń,
   f) w razie rażącego zaniedbania w wykonywaniu obowiązków i postanowień opisanych w niniejszej umowie.
2. W przypadku określonym w ust.1 rozwiązanie umowy następuje w następuje w następnym dniu po doręczeniu pisemnego zawiadomienia o rozwiązaniu przedmiotowego stosunku prawnego.

§ 13

Wszelkie oświadczenia i zawiadomienia, jak również zmiana umowy wymagają dla swej ważności formy pisemnej.

§ 14

W sprawach nieuregulowanych niniejszą umową zastosowanie mają przepisy Kodeksu Cywilnego, Ustawy o działalności leczniczej z dnia 15 kwietnia 2011 (Dz.U. 2018 poz. 2190 z późn.zm.), Ustawy z dnia 6 listopada 2008 r. o prawach pacjenta i Rzeczniku Praw Pacjenta (Dz. U. 2017, poz. 1318 z późn.zm.), a także Ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. 2017, poz. 125 z późn.zm.).

§ 15

Umowę sporządzono w dwóch jednobrzmiących egzemplarzach, po jednym dla każdej ze stron.

.....	.....
Udzielający Zamówienie	Przyjmujący Zamówienie

Załącznik nr 1
Z dnia ……2021r.
Do umowy z dnia ……2021r.
…….

WARUNKI FINANSOWE UMOWY

1. Dyżury medyczne pełnione są:
   - w dni robocze w godz. 14:30 - 7:00
   - w dni ustawowo wolne od pracy 7:00 – 7:00

Liczba godzin dyżurów nie podlega limitowaniu i jest ustalana comiesięcznie przez koordynatora oddziału w postaci grafiku zatwierdzanego przez Dyrektora ds. Medycznych.

Stawka godzinowa za pełnienie dyżuru medycznego wynosi …… ……. zł brutto

.....	.....
Udzielający Zamówienie	Przyjmujący Zamówienie

Załącznik nr 2
Z dnia ……
Do umowy z dnia ……..
……

***KLAUZULA INFORMACYJNA* STOSOWANA PRZY PRZETWARZANIU DANYCH OSOBOWYCH PRZY ZLECENIACH, UMOWACH O DZIEŁO Z WYKONAWCAMI, KONTRAHENTAMI**

Na podstawie art. 13 ust. 1 i 2 Rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (EU) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (RODO) oraz ustawą z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz.U. 2018.1000), Powiatowe Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku

informuje, że:

1 Administratorem Pana/Pani danych jest Powiatowe Centrum Zdrowia Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, 82-200 Malbork, ul. Armii Krajowej 105/106, KRS: 0000280526, NIP: 579-21-33-296, dalej zwany Administratorem Danych Osobowych (ADO), tel.: 55 6460 264, adres e-mail: sekretariat@pcz.net.pl
2 Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych: tel. 55 6460 337, email: iod@pcz.net.pl
3 Dane osobowe jakie posiadamy i przetwarzamy tj.: dane identyfikacyjne, adresowe, kontaktowe, przetwarzane będą w celu *zbierania ofert cenowych, świadczenia usług, prawidłowej realizacji umowy, obsługi gwarancyjnej i pogwarancyjnej, obsługi reklamacji,* realizacji ewentualnych zleceń na proponowane przez firmę usługi reklamowe pomiędzy Panem/Panią a Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku , na podstawie art. 6 ust 1 lit. c RODO.
4 *Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści danych oraz ich sprostowania, usunięcia lub ograniczenia przetwarzania, a także prawo sprzeciwu, zażądania zaprzestania przetwarzania i przenoszenia danych, jak również prawo do cofnięcia zgody w dowolnym momencie oraz prawo do wniesienia skargi do organu nadzorczego (tj.: do Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych).*
5 *Podanie danych w zakresie niezbędnym do realizacji celów określonych w ust. 3 jest obowiązkowe, a w pozostałym zakresie jest dobrowolne.*
6 Podanie przez Wykonawcę danych osobowych jest warunkiem zawarcia umowy, niepodanie danych będzie skutkowało brakiem możliwości zawarcia umowy.
7 Obowiązek podania danych wynika z ustawy z dnia 14 grudnia 2017 r. o zmianie ustawy o podatku od towarów i usług (Dz.U. 2018 poz. 86), ustawy z dnia 29 stycznia 2004 r. Prawo zamówień publicznych (Dz.U. 2017 poz. 1579).
8 *Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały udostępnieniu podmiotom trzecim. Odbiorcami danych będą tylko instytucje upoważnione z mocy prawa.*
9 *Dane udostępnione przez Panią/Pana nie będą podlegały profilowaniu.*
10 *Administrator danych nie ma zamiaru przekazywać danych osobowych do państwa trzeciego lub organizacji międzynarodowej.*
11 *Dane osobowe będą przechowywane przez okres świadczenia usług w Powiatowym Centrum Zdrowia Sp. z o.o. w Malborku a po jego zakończeniu przez okres 5 lat, licząc od początku roku następującego po roku, w którym została wyrażona zgoda na przetwarzanie danych osobowych.*

Podpis Przyjmującego zamówienie

Załącznik nr 3
Z dnia ……
Do umowy z dnia ……..
……

Harmonogram

o liczbie godzin przepracowanych przez lekarza kontraktowego w miesiącu ……

dzień miesiąca	LICZBA GODZIN						
	PRACA W ODDZIALE	**DYŻUR MEDYCZNY**	**PRACA RITM**	**GOTOWOŚĆ "POD TELEFONEM"**	**WEZWANIE Z GOTOWOŚCI**	**PRACA W POZ**	**PRACA W POZ NiSOZ**
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							
razem							
WARTOŚĆ CAŁKOWITA (ZGODNIE Z UMOWĄ)							

1) Dobę należy rozliczać od godziny 7:00 do 7:00

2) Dyżur w dni zwykle rozpoczyna się o godzinie 14:30, a kończy o godzinie 7:00 dnia następnego (16,5 h)

3) Dyżur w dni wolne od pracy trwa od godziny 7:00 do 7:00 dnia następnego (24 h)

…….. ……..

data i podpis lekarza składającego oświadczenie

data i podpis osoby weryfikującej rozliczenie (kierownik/koordynator komórki)

Załącznik nr 4
Z dnia ……
Do umowy z dnia …….
……

HARMONOGRAM – świadczeń zdrowotnych - KONSULTACJE

za miesiąc …….

LP.	DATA REALIZACJI	PESEL PACJENTA	RODZAJ BADANIA	ODDZIAŁ

……

data i podpis lekarza składającego oświadczenie