

Załącznik nr 2 do umowy Nr.....
pomiędzy Gminą Małkinia Górna a

.....

....., dnia
(miejscowość)

Program polityki zdrowotnej pod nazwą „Program polityki zdrowotnej w zakresie rehabilitacji leczniczej mieszkańców gminy Małkinia Górna na lata 2020-2024” w roku 2021

Informacja o ilości pacjentów za miesiąc
(sporządzona na podstawie prowadzonej dokumentacji medycznej i statystycznej na zasadach obowiązujących w podmiotach leczniczych wynikających z odrębnych przepisów)

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta Nr PESEL lub seria i nr dowodu osobistego, lub paszportu, adres	Data udzielonego świadczenia dz-m-rr	Nazwa udzielonego świadczenia	Ilość zabiegów	Wartość punktowa 1 zabiegu	Cena jednostkowa świadczenia	Wartość
						Ogółem	

.....
podpis Przyjmującego zamówienie

Oświadczam(-y), że:

- 1) od daty zawarcia umowy nie zmienił się status prawny Przyjmującego zamówienie,
- 2) wszystkie podane w niniejszym sprawozdaniu informacje są zgodne z aktualnym stanem prawnym i faktycznym,
- 3) czynności wykonywane w ramach Programu polityki zdrowotnej nie są i nie będą przedstawiane w rozliczeniach z innymi podmiotami,
- 4) w zakresie związanym z realizacją Programu polityki zdrowotnej, w tym z gromadzeniem, przetwarzaniem i przekazywaniem danych osobowych, a także wprowadzaniem ich do systemów informatycznych, osoby, których te dane dotyczą, złożyły stosowne oświadczenia zgodnie z rozporządzeniem Parlamentu i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r.

.....
podpis Przyjmującego zamówienie