

## Wykaza świadczonych usług medycznych w Szpitalu Matki Bożej Nieustającej Pomocy w Wołominie

Pan/i.....

Miesiąc .....rok .....

do umowy nr .....

data	godziny	ilość godzin/pkt	rodzaj świadczonych 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>razem</b>			

podpis Zleceniobiorcy/  
Przyjmującego Zamówienie

.....

potwierdzam  
wykonanie usługi

.....