

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

Pan/i.....

Miesiącrok

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.				
	razem			

podpis Zleceniobiorcy/
Przyjmującego Zamówienie

.....

potwierdzam
wykonanie usługi

.....