Załącznik do rachunku

Karta pracy -rozliczeniowa do umowy nr ……/……./…… na udzielanie świadczeń zdrowotnych w zakresie usług protetycznych w Zakładzie Przedmiotów Ortopedycznych i Środków Pomocniczych

Imię i Nazwisko ……..…….

Miesiąc/ Rok : ……. / …….

Data	***Ilość godzin wykonanych***	***Podpis osoby realizującej świadczenie***

……

Podpis i Pieczątka Kierownika Zakładu Przedmiotów Ortopedycznych i Środków Pomocniczych potwierdzająca ilość godzin wykonanych

……

Podpis i Pieczątka Przyjmującego zamówienie

…….

Podpis Dyrektora ds. Administracyjno - Technicznych