

**ZESTAWIENIE Z WYKONANIA UMOWY NR...../..... NA KIEROWANIE
Całodobowym Oddziałem Rehabilitacji Neurologicznej za miesiąc r.**

Załącznik do rachunku nr wystawionego dnia

dzień miesiąca	data	godziny świadczenia usług od godz -do godz.
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		
Suma godzin świadczonych usług		
Cena zł./godz.		
Wartość świadczonych usług		

Podpis przyjmującego zlecenie: