Załącznik nr 1 KO/01/2023

 do umowy nr …………

SPRAWOZDANIE Z ILOŚCI GODZIN/ DNI UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH NA RZECZ RCKIK w WAŁBRZYCHU

Miesiąc: rok

Nazwisko i imię Przyjmującego zamówienie:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **lp** | **Data** | **Miejsce świadczonych usług**  | **Godziny świadczonych usług**  | **Liczbagodzin/dni\*** | **Potwierdzenie przez osobę upoważnioną** **Udzielającego zamówienie** |
| od | do |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**ŁĄCZNA LICZBA GODZIN/DNI ŚWIADCZONYCH USŁUG**: …………………godzin/dni\*

Zatwierdzam

pod względem merytorycznym

……………………………….. …………………………………

*(podpis osoby świadczącej usługę) (pieczęć i podpis osoby upoważnionej Udzielającego zamówienie)*

*\*niepotrzebne skreślić*