

**ZESTAWIENIE WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ - WZÓR<sup>1</sup>**

Rozliczenie za miesiąc.....

Wykaz świadczeń wykonanych w Poradni Ginekologicznej z Mobilnym Gabinetem Pobrań Cytologicznych (Cytomammbus) ŚCO

L.p.	Nazwa wykonanego świadczenia	Data wykonania usługi	Przedział godzinowy	Ilość godzin	Cena jednostkowa	Wartość usługi

Zatwierdzam zestawienie

.....  
(podpis Kierownika Kliniki Ginekologii ŚCO).....  
data i podpis Przyjmującego Zamówienie

<sup>1</sup> Dopuszcza się składanie zestawienia w wersji zmodyfikowanej (np. wydruk z systemu komputerowego lub plik excel), który obejmuje wszystkie wymagane dane.