

„ZATWIERDZAM”

Załącznik - nr 8 do Umowy nr/2026

.....
Dyrektor ds. leczenia dorosłych
lub inna upoważniona osoba

Rozliczenie za miesiąc rok 20.....

.....
Nazwa Przyjmującego Zamówienie

.....
Siedziba Przyjmującego Zamówienie

dla
**Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zespół Szpitali Miejskich
ul. Strzelców Bytomskich 11, 41-500 Chorzów**

.....
Udzielający Zamówienia

.....
Tytułem (za:)

brutto *Wartość*

WYKAZ WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

LP.	DATA	GODZINA ROZPOCZĘCIA ŚWIADCZENIA	GODZINA ZAKOŃCZENIA ŚWIADCZENIA	ŁĄCZNA LICZBA GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ	SKŁAD ZESPOŁU DIAGNOSTYCZNO-TERAPEUTYCZNEGO (LEKARZE I PIEŁĘGNIARKI)
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					

Data wystawienia rachunku

**Dział Kadr i szkoleń
Udzielającego zamówienia**

**Sekcja Płac
Udzielającego zamówienia**

..... 20..... r

.....
*Pieczętka i podpis
osoby upoważnionej*

.....
*Pieczętka i podpis
osoby upoważnionej*

Przyjmujący Zamówienie

**Dyrektor ds. finansowych
Udzielającego zamówienia**

**Dyrektor
Udzielającego zamówienia**

.....
*Pieczętka i podpis
osoby upoważnionej*

.....
Pieczętka i podpis

.....
Pieczętka i podpis