

Imię i nazwisko : Nr umowy :

Załącznik do faktury nr : z dn.:
(za miesiąc: 2021.....)

Lp.	Data realizacji świadczeń	Rodzaj realizacji świadczeń zdrowotnych:	Rodzaj realizacji świadczeń: dyżur	od godz. - do godz.	Ilość godzin pracowanych	Kwota za realizację świadczeń za godzinę/za dzień	Miejsce wykonywania świadczeń
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
11.							
12.							
13.							
14.							
15.							
16.							
17.							

