

.....
Pieczęć firmowa
Przyjmującego zamówienie

WYKAZ ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ZREALIZOWANYCH PRZEZ PRZYJMUJĄCEGO ZAMÓWIENIE
w okresie od do

Pozycja	Kod zakresu	Zakres świadczeń	Jednostka rozliczeniowa	Liczba jednostek rozliczeniowych	Cena jednostki rozliczeniowej (zł)	Wartość (zł)
1.						
2.						
3.						

.....
Podpis i pieczęć osoby/osób
uprawnionej/uprawnionych
do reprezentowania Przyjmującego zamówienie