Załącznik nr 1 do umowy

Zestawienie udzielonych świadczeń za miesiąc .....

Lp.	Data pełnienia opieki lekarskiej (wypełniona każdorazowo)	Ilość w godz.	Uwagi (podpis potwierdzający wykonanie usługi)
RAZEM			

Radca Prawny

DYREKTOR

Bożena Łapińska