

Karta rozliczeniowa do umowy nrna udzielanie świadczeń usług medycznych:

Imię i Nazwisko:

..... Miesiąc/ Rok/

<i>Data</i>	<i>Podpis osoby realizującej świadczenie</i>

.....
Podpis i Pieczętka bezpośredniego przełożonego

.....
Podpis i Pieczętka Przyjmującego Zamówienie