

Załącznik Nr 1 do umowy Nr/2024 z dnia 2024 r.

**WYKAZ GODZIN ZREALIZOWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
RCKiK w KALISZU**

Miesiąc..... rok.....

L.p.	Data	Miejsce świadczenia usług	Godziny świadczenia usług		Ilość godzin
			od	do	

ŁĄCZNA LICZBA GODZIN ŚWIADCZENIA USŁUG: godzin

Zatwierdzam
pod względem ilości godzin

.....
Podpis osoby świadczącej usługę

.....
pieczęć i podpis osoby upoważnionej