Załącznik nr 2

„POTWIERDZENIE WYKONANIA USŁUGI”

Potwierdzam, iż Pan/Pani ……………………………………. wykonał usługę lekarską/medyczną dla 1 psap *(wymienić rodzaj czynności zgodnie z § 1 ust. 1 umowy):*

- ………………………………………………..

- …………………………………………………,

*w dniu …………………………… (wpisać datę) w godzinach
od …………. do ……………..*

*w dniu …………………………… (wpisać datę) w godzinach
od …………. do ……………..*

*w dniu …………………………… (wpisać datę) w godzinach
od …………. do ……………..*

*w dniu …………………………… (wpisać datę) w godzinach
od …………. do ……………..*

*w dniu …………………………… (wpisać datę) w godzinach
od …………. do ……………..*

*……………………………………. …………………………………..*

*Podpis Wykonawcy Podpis przedstawiciela JW/Instytucji*