

.....
/Prezes Zarządu/**Rozliczenie za miesiąc rok 2026**Przyjmujący Zamówienie.....
(imię, nazwisko).....
(adres)

dla

Szpital Specjalistyczny w Zabrze Sp. z o.o., ul. M. C. Skłodowskiej 10, 41-800 Zabrze.....
(dane Zleceniodawcy)za
(przedmiot zlecenia)

Kwota brutto.....

WYKAZ WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

DATA	GODZINA ROZPOCZĘCIA ŚWIADCZENIA	GODZINA ZAKOŃCZENIA ŚWIADCZENIA	ŁĄCZNA LICZBA GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ	UWAGI

Data wystawienia rachunku2026r

Sekcja Kadr

Sekcja Płac

Przyjmujący
Zamówienie

Ordynator/Kierownik/Pielęgniarka Koordynująca

Dyrektor ds. Administracyjno-Personalnych