



Fundusze Europejskie
dla Kujaw i Pomorza

Dofinansowane przez
Unię Europejską



Samorząd Województwa
Kujawsko-Pomorskiego

POTWIERDZENIE WYKONANIA USŁUGI – DO FAKTURY NR _____

Potwierdzam wykonanie usługi rehabilitacji w okresie _____, na podstawie umowy nr _____, zgodnie z zestawieniem:

Lp.	Imię i nazwisko uczestnika	Konsultacja wstępna lekarska w ww. okresie (TAK/NIE)	Konsultacja kontrolna u fizjoterapeuty w ww. okresie (TAK/NIE)	Poniesiony koszt konsultacji (K)	Koszt wizyty zabiegowej	Liczba odbytych wizyt zabiegowych	Łączny koszt wizyt zabiegowych (Z)	Podsumowanie kosztów (K + Z)
1.								
2.								
3.								
(...)								
SUMA								

U ilu spośród ww. osób zastosowano co najmniej 4-krotnie terapię laserem wysokoenergetycznym? (jeśli dotyczy):

Obowiązki wykonywane w ww. okresie przez zaangażowaną do realizacji zamówienia osobę/y z niepełnosprawnością (jeśli dotyczy):

Liczba wizyt zabiegowych przeprowadzonych przez fizjoterapeutów z co najmniej 5-letnim doświadczeniem, numery PWZFz (jeśli dotyczy):

Data i podpis osoby uprawnionej do
reprezentowania Wykonawcy

Adaptacja Urzędu Miasta Bydgoszczy do różnorodnych potrzeb pracowniczych

Projekt współfinansowany przez Unię Europejską w ramach Europejskiego Funduszu Społecznego Plus