

Pieczęć Oddziału

Rozliczenie za okres od .....do .....

..... Oddział Wojewódzki w .....

w złotych

Lp.	Rodzaj wykonanych świadczeń	Liczba wykonanych świadczeń	Cena jednostkowa świadczenia	Koszt całkowity	Faktura					Uwagi
					Wystawca faktury	Numer	Data wystawienia	Wartość brutto	Data zapłaty przez NFZ	
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
.....										
<b>Razem :</b>										

Miejscowość i data:

Sporządzający: .....

Główny Księgowy

Dyrektor

Nr. Telefonu:

.....

.....