

Pieczęć Oddziału

Rozliczenie za okres oddo

..... Oddział Wojewódzki w

Nazwa programu

Lp.	Rodzaj wykonanych świadczeń	Liczba wykonanych świadczeń	Cena jednostkowa świadczenia	Koszt całkowity	Faktura						Uwagi
					Wystawca faktury	Numer faktury	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											
.....											
Razem :											

w złotych

Miejscowość i data:

Sporządzający:

Nr. Telefonu:

Główny Księgowy

.....

Dyrektor

.....