

Załącznik Nr 2 do Umowy Nr (nr umowy)  
z dnia (data w formacie dzień miesiąc rok)

Zestawienie godzin pracy w Szpitalu Specjalistycznym w Chorzowie

Potwierdzenie realizacji przyjętego zamówienia za miesiąc ..... rok .....

Dzień	Godzina rozpoczęcia	Podpis Przyjmującego zamówienie	Godzina zakończenia	Podpis Przyjmującego zamówienie	Ilość godzin
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					
26					
27					
28					
29					
30					
31					
Razem godzin					

Potwierdzam wykonanie : .....