

Nazwa Ośrodka rehabilitacyjnego

zawartej z Zakładem Ubezpieczeń Społecznych

Rozliczenie do faktury nr:   
 Umowa nr:   
 Turnus od:  do:   
 Cena pobytu:

Lp.	Nazwisko i Imię	PESEL	Okres pobytu		Liczba dni pobytu (5-4)	Okres nieobecności		Liczba dni nieobecności (8-7)	Liczba osobodni (6-9)	Koszt rehabilitacji (10*cena pobytu)
			data przyjęcia	data wypisu		od dnia	do dnia			
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
1					0			0	0	0,00
2					0			0	0	0,00
3					0			0	0	0,00
4					0			0	0	0,00
5					0			0	0	0,00
6					0			0	0	0,00
7					0			0	0	0,00
8					0			0	0	0,00
9					0			0	0	0,00
10					0			0	0	0,00
11					0			0	0	0,00
12					0			0	0	0,00
13					0			0	0	0,00
14					0			0	0	0,00
15					0			0	0	0,00
16					0			0	0	0,00
17					0			0	0	0,00
18					0			0	0	0,00
19					0			0	0	0,00
20					0			0	0	0,00

RAZEM	0,00	0,00
-------	------	------

kwalifikowany podpis elektroniczny