

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