Załącznik nr 2.

„ZATWIERDZAM”

.....
/Prezes Zarządu/

Rozliczenie za miesiąc ..... rok 2026

Przyjmujący Zamówienie.....
(imię, nazwisko)

.....
(adres)

dla

Szpital Specjalistyczny w Zabrzu Sp. z o.o., ul. M. C. Skłodowskiej 10, 41-800 Zabrze

.....
(dane Zleceniodawcy)

za .....
(przedmiot zlecenia)

Kwota brutto.....

WYKAZ WYKONANYCH ŚWIADCZEŃ

DATA	GODZINA ROZPOCZĘCIA ŚWIADCZENIA	GODZINA ZAKOŃCZENIA ŚWIADCZENIA	ŁĄCZNA LICZBA GODZIN UDZIELONYCH ŚWIADCZEŃ	UWAGI

Data wystawienia rachunku 2026r

Sekcja Kadr ***Sekcja Płac***

....

Przyjmujący Zamówienie ***Osoba nadzorująca / Przełożony*** ***Dyrektor ds. Administracyjno-Personalnych***

....