

.....

Pieczętka firmy wykonującej prace

**ROZLICZENIE WYKONANYCH PRAC PROTETYCZNYCH**

Za miesiąc .....

<b>Kod pracy</b>	<b>Data dostarczenia pracy</b>	<b>Imię i nazwisko lekarza zlecającego</b>	<b>Nr karty pacjenta</b>	<b>Rodzaj pracy</b>	<b>Ilość prac</b>	<b>Kwota wykonania</b>

.....  
 Sprawdzenie poprawności wykonanych prac przez Kierownika Poradni lub osobę upoważnioną do kontaktu z firmą zewnętrzną  
 (Data podpis i pieczętka)

.....  
 Zatwierdzenie rozliczenia przez Dyrektora ds. Medycznych  
 (Data podpis i pieczętka)

.....  
 Podpis osoby upoważnionej do rozliczania prac w firmie wykonującej  
 (Data podpis i pieczętka)