Załącznik nr 2

WZÓR

Nazwa wykonawcy
……

Adres Wykonawcy
…….

Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie

05-500 Piaseczno, Szkolna 20
NIP 123 125 03 93 REGON 0161683703

Załącznik nr /...../.....do faktury /...../...../F/.....
dla Powiatowy Urząd Pracy w Piasecznie

PROTOKÓŁ ODBIORU USŁUGI BADAŃ LEKARSKICH

Płatnik	Kod specjalności	Nazwa usługi	Nazwisko i imię pacjenta	Pesel	Data sprzedaży	Wartość brutto płatnika (zł)
					Razem:	

…….....……
podpis pracownika merytorycznego
PUP w Piasecznie

.....
podpis osoby uprawnionej
Wykonawcy

<u>Zamiast nadruku może być pieczątka i podpis osób uprawnionych</u>