



Powiatowy Urząd Pracy

ul. Kanałowa 3, 83-200 Starogard Gd., tel. 58 56 235 39, fax. 58 56 258 70;
starogardanski.praca.gov.pl, e-mail: gdst@praca.gov.pl

Załącznik nr 3 do
Opisu przedmiotu zamówienia

.....
/pieczęć wykonawcy/

Wzór formularza rozliczeniowego
WYKAZ PRZEBADANYCH OSÓB

.....
(rodzaj usługi / instrumentu rynku pracy)

L.p.	Nazwisko i imię	nr PESEL	Stanowisko pracy / nazwa szkolenia	data zgłoszenia się osoby skierowanej do lekarza medycyny pracy	data wydania zaświadczenia / orzeczenia lekarskiego	rodzaj wykonywanych badań lekarskich	cena jednostkowa poszczególnych badań	łączy koszt badania danej osoby
RAZEM:								

.....
(Miejscowość i data)

.....
(pieczęć i podpis osoby uprawnionej)

