



POWIATOWY URZĄD PRACY

ul. Kanałowa 3, 83-200 Starogard Gdański
tel. 58 56 235 39; fax. 58 56 258 70;
starogardgdanski.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	łączny koszt badania danej osoby
RAZEM:								

.....
(Miejscowość i data)

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