

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(Adres zamieszkania)

.....
(PESEL)

.....
(Urząd Skarbowy)

.....
(miejscowość i data wystawienia)

RACHUNEK NR: za miesiąc 2020 roku

dla Samodzielnego Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej "RM-MEDITRANS" Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Siedlcach za wykonanie usługi zgodnie z Umową numer:

..... z dnia

<i>Lp</i>	<i>Nazwa usługi medycznej</i>	<i>J.m.</i>	<i>Ilość</i>	<i>Cena jednostkowa</i>	<i>Wartość (zł)</i>
1.	Sfinansowanie dodatku specjalnego w związku ze szczególnymi warunkami pracy związanymi z narażeniem na zachorowanie na COVID-19	godz.			
RAZEM:					
Umowa nr W/UMWM-UF/UM/ZD/1197/2020 o partnerstwie na rzecz realizacji projektu pn.: „Zwiększenie potencjału zespołów ratownictwa medycznego oraz zespołów transportu medycznego i sanitarnego w przeciwdziałaniu COVID-19”					
Wyrażam zgodę na to by Zleceniodawca jako płatnik naliczył, potracił i odprowadził na odpowiednie rachunki należne składki na ubezpieczenie społeczne i zdrowotne oraz zaliczkę na podatek dochodowy od osób fizycznych – zgodnie ze złożonym oświadczeniem do umowy zlecenia oraz właściwymi przepisami prawa.					
Sposób zapłaty:	PRZELEW	Bank:			
Nr rachunku:					

Potwierdzam wypracowane godziny

.....
(pieczęć i podpis kierownika/ koordynatora)

.....
(pieczęć i podpis sprzedawcy)