

KARTA PRACY

za świadczenie usług (umowa zlecenia, działalność gospodarcza)

za miesiąc rok

.....
Imię, nazwisko usługodawcy - komórka organizacyjna w której świadczenia są realizowane

Dzień msc	Godz. pracy od - do	Liczba godzin	Podpis usługodawcy	Uwagi
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
Suma godz.:				

.....
podpis przedstawiciela SP ZOZ w Kościanie
potwierdzający wykonanie usługi

**Prawidłowo wypełnioną i potwierdzoną kartę pracy wraz z fakturą
należy BEZZWŁOČZNIE ODDAĆ do DZIAŁU KADR i PŁAC**