

Rejestr godzin świadczenia usług

Nazwa Wykonawcy:

Imię i
nazwisko:

Funkcja:
Numer
umowy:

Koordinator Badań Przedklinicznych

Miesiąc/rok:

Dzień miesiąca	Liczba godzin realizacji zlecenia	Podpis Wykonawcy	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			

ŁĄCZNA LICZBA GODZIN W MIESIACU	0		
---------------------------------	---	--	--

Data sporządzenia	Podpis sporządzającego/Wykonawcy
Data zatwierdzenia	Podpis zatwierdzającego/Zamawiającego