Załącznik nr 2

„POTWIERDZENIE WYKONANIA USŁUGI”

Potwierdzam, iż firma ……………………………………. zabezpieczała
pod względem medycznym przedsięwzięcie/ćwiczenie

……………………………………………….. dla ……………………………………...

*(podać rodzaj przedsięwzięcia) (podać nazwę JW./Instytucji)*

*w dniu …………………………… (wpisać datę) w godzinach*

*od …………. do ……………..*

*……………………………………. …………………………………..*

*Podpis Wykonawcy Podpis Kierownika ćwiczenia/ lub koordynatora ze strony Wydziału Medycznego 2.WOG/ lub Szefa Wydziału Medycznego 2.WOG*