Załącznik Nr 3
do umowy nr 39/BDG/US/2018 z dnia .....

Warszawa, dnia 20… r.

.....
(pieczęć Wykonawcy)

Ministerstwo Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej
ul. Nowogrodzka 1/3/5
00-513 Warszawa

Zestawienie wykonanych usług zgodnie z umową z dnia……..Nr…….za miesiąc……..20…. r.

Lp.	Nr skierowania	Rodzaj badania*	Data uzyskania zaświadczenia przez osobę przyjmowaną do pracy/pracownika/stażystę	Koszt badania

…….

(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

∗ wstępne, kontrolne, okresowe, dodatkowe okulistyczne, psychotechniczne, udział lekarza medycyny pracy w pracach komisji bezpieczeństwa i higieny pracy Ministerstwa Rodziny, Pracy i Polityki Społecznej