

|                   |                |
|-------------------|----------------|
| <b>FAKTURA NR</b> | <b>00/0000</b> |
|-------------------|----------------|

|                            |
|----------------------------|
| <b>Wrocław, 00-00-0000</b> |
| miejsowość, data           |

|                         |
|-------------------------|
| <b>Termin płatności</b> |
| 00-00-0000              |

|                        |
|------------------------|
| <b>Forma płatności</b> |
| PRZELEW                |

|   |
|---|
| Data dokonania/zakończenia dostawy,<br>wykonania usługi |
| 00-00-0000 lub miesiąc i rok,<br>którego dotyczy usługa |

|                   |
|-------------------|
| <b>SPRZEDAWCA</b> |
|                   |

|  |
|--|
| <b>NABYWCA</b>   |
| <b>Uniwersytecki Szpital Kliniczny</b><br>im. Jana Mikulicza-Radeckiego<br>Ul. Borowska 213<br>50-556 Wrocław<br>NIP 898-18-16-856 |

|                                 |                             |
|---------------------------------|-----------------------------|
| <b>Nazwa banku</b>              |                             |
| <b>Numer rachunku bankowego</b> | 00 0000 0000 0000 0000 0000 |

| Lp. | Nazwa towaru / usługi  | Podstawa prawna zwolnieni a* | Jm   | Ilość | Wartość jednostkowa |    | Wartość towaru / usługi |    |
|-----|--|------------------------------|------|-------|---------------------|----|-------------------------|----|
|     |  |                              |      |       | PLN                 | gr | PLN                     | gr |
| 1.  | Świadczenie usług (§ 4 ust. 1 pkt. 1 lit. a Umowy) - „Wynagrodzenie Podstawowe”    | Art. 43 ust.1 pkt 18-19a     | szt. | 1     |                     |    |                         |    |
| 2.  | **Świadczenie usług (§ 4 ust. 1 pkt. 1 lit. b Umowy) - „Wynagrodzenie Dodatkowe 1” | Art. 43 ust.1 pkt 18-19a     | szt. | 1     |                     |    |                         |    |
| 3.  | **Świadczenie usług (§ 4 ust. 1 pkt. 1 lit. c Umowy) - „Wynagrodzenie Dodatkowe 2” | Art. 43 ust.1 pkt 18-19a     | szt. | 1     |                     |    |                         |    |
| 4.  | **Świadczenie usług (§ 4 ust.1 pkt. 2 Umowy) - „Świadczenie Dodatkowe”             | Art. 43 ust.1 pkt 18-19a     | szt. | 1     |                     |    |                         |    |
| 5.  | **Świadczenie usług (§ 4 ust. 1 pkt. 3 Umowy) - „Dodatek 1”                        | Art. 43 ust.1 pkt 18-19a     | szt. | 1     |                     |    |                         |    |
| 6.  | **Świadczenie usług (§ 4 ust. 1 pkt. 4 Umowy) - „Dodatek 2”                        | Art. 43 ust.1 pkt 18-19a     | szt. | 1     |                     |    |                         |    |

**RAZEM:**

\* Ustawa o VAT (Dz. U. z 2004 r. nr 54, poz. 535 z późn. zm.)

\*\* jeżeli dotyczy

|                            |  |
|----------------------------|--|
| <b>DO ZAPŁATY [w PLN]:</b> |  |
| <b>SŁOWNIE:</b>            |  |

|                    |
|--------------------|
| <b>UWAGI</b>       |
| NR ...../...../LEK |

|                         |
|-------------------------|
| <b>FAKTURĘ WYSTAWIŁ</b> |
|                         |

**OPIS MERYTORYCZNY**

| <b>FAKTURA NR</b> | <b>DATA WPŁYWU<br/>FAKTURY</b> | <b>PODSTAWA WYSTAWIENIA FAKTURY</b><br>(numer i data<br>umowy/zamówienia/zlecenia/zarządzenia) |
|-------------------|--------------------------------|--|
|                   |                                |  |

**Termin płatności:** .....termin zgodny/niezgodny\* z umową/zleceniem\*

| <b>LP.</b> | <b>SYMBOL OPK /WG ZAŁĄCZNIKA</b> | <b>KWOTA</b> |
|------------|----------------------------------|--------------|
| 1.         |                                  |              |
| 2.         |                                  |              |
| 3.         |                                  |              |
| 4.         |                                  |              |

**AKCEPTACJA**

| <b>Sprawdzono pod względem zgodności ilości świadczonych usług ze stanem faktycznym</b>  |
|--|
|  |
| (data, pieczętka i podpis Przełożonego Komórki Organizacyjnej<br>lub Oddziałowej/Oddziałowego odbierających świadczone usługi) |

| <b>Sprawdzono pod względem formalnej zgodności z umową</b> |
|--|
|  |
| (data, pieczętka i podpis pracownika Działu HR)            |

| <b>Akceptuję i przekazuję do wypłaty</b>              |
|---|
|   |
| (data, pieczętka i podpis właściwego Dyrektora Pionu) |

| <b>Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym i zatwierdzono do wypłaty</b> |
|---|
|   |
| (data, pieczętka i podpis Głównego Księgowego)                                |

| <b>Zatwierdzam do wypłaty</b>                              |
|--|
|  |
| (data, pieczętka i podpis Dyrektora USK /os. Upoważnionej) |