

FAKTURA NR	00/0000
-------------------	----------------

Wrocław, 00-00-0000
miejsowość, data

Termin płatności
00-00-0000

Forma płatności
PRZELEW

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

SPRZEDAWCA

NABYWCA
Uniwersytecki Szpital Kliniczny im. Jana Mikulicza-Radeckiego Ul. Borowska 213 50-556 Wrocław NIP 898-18-16-856

Nazwa banku	
Numer rachunku bankowego	00 0000 0000 0000 0000 0000

L.p.	Nazwa towaru / usługi	Podstawa prawna zwolnienia*	Jm	Ilość	Wartość jednostkowa		Wartość towaru / usługi	
					PLN	gr	PLN	gr
1.	Świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki pielęgniarskiej (§ 4 ust.1 pkt.1 lit. a, Umowy) - „Wynagrodzenie Podstawowe”	Art. 43 ust.1 pkt 18-19a	szt.	1				
2.	Świadczenia opieki zdrowotnej z zakresu opieki pielęgniarskiej (§ 4 ust.1 pkt.1 lit. b, Umowy) - „Wynagrodzenie Podstawowe”	Art. 43 ust.1 pkt 18-19a	szt.	1				
3.	**Świadczenia dodatkowe covid-19 (§ 4 ust.1 pkt. 2, Umowy) - „Świadczenie Dodatkowe”	Art. 43 ust.1 pkt 18-19a	szt.	1				
4.	**Świadczenie usług zdrowotnych w zakresie wykonywania szczepień ochronnych w kierunku Sars-CoV-2 (§ 4 ust.1 pkt.3, Umowy) - „Dodatek”	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

DO ZAPŁATY [w PLN]:	
SŁOWNIE:	

UWAGI

FAKTURĘ WYSTAWIŁ

OPIS MERYTORYCZNY

FAKTURA NR	DATA WPŁYWU FAKTURY	PODSTAWA WYSTAWIENIA FAKTURY (numer i data umowy/zamówienia/zlecenia/zarządzenia)

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

LP.	SYMBOL OPK /WG ZAŁĄCZNIKA	KWOTA
1.		
2.		
3.		
4.		

AKCEPTACJA

Sprawdzono pod względem merytorycznym
(data, pieczętka i podpis pracownika Działu HR)

Akceptuję i przekazuję do wypłaty
(data, pieczętka i podpis właściwego Dyrektora Pionu)

Sprawdzono pod względem formalno-rachunkowym i zatwierdzono do wypłaty
(data, pieczętka i podpis Głównego Księgowego)
Zatwierdzam do wypłaty
(data, pieczętka i podpis Dyrektora USK /os. Upoważnionej)