

.....
(SPECJALISTA/ PIECZĄTKA)

.....
(DATA MIEJSCOWOŚĆ)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że w miesiącu
w dniach
zostały wykonane zabiegi/usługi*
zgodnie z Umową z dnia
u
Przeprowadzono zabiegów/usług*

.....
(PODPIS SPECJALISTY)

.....
(PODPIS KORZYSTAJĄCEGO LUB OPIEKUNA)

* Niepotrzebne skreślić