

.....  
(pieczęć realizatora programu)

**Sprawozdanie finansowe z realizacji świadczenia usług w zakresie rehabilitacji  
lecniczej dla mieszkańców gminy Borne Sulinowo w 2024 r.**

**za miesiąc** ..... **zgodnie z umową nr**.....  
.....

L.p.	Rodzaj zabiegu	Ilość zabiegów w miesiącu	Koszt jednostkowy zabiegu brutto	Całkowita kwota dotacji brutto na dane zabiegi 4 (2x3)
	1	2	3	
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

.....  
(data i podpis realizatora programu-  
podmiotu leczniczego)