…………………………………

Pieczęć Wykonawcy

**Miesięczne zestawienie wydanych posiłków**

**W okresie ……………………………………………… wydano następującą ilość posiłków:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa** | **Rodzaj posiłku** | **Ilość wydanych posiłków** |
| **Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy** | Śniadanie + opakowanie jednorazowe |  |
| Obiad + opakowanie jednorazowe |  |
| Kolacja + opakowanie jednorazowe |  |
| **Oddział Chirurgii Jednego Dnia** | Śniadanie + opakowanie jednorazowe |  |
| Kolacja + opakowanie jednorazowe |  |

………………………………. …………………………………….

Data Podpis osoby sporządzającej

Potwierdzam Zakład Pielęgnacyjno-Opiekuńczy …………………………………

Potwierdzam Oddział Chirurgii Jednego Dnia ………………………………...