Zał. do SWZ

**POTWIERDZENIE WYKONANIA USŁUGI – DO FAKTURY NR ……………………………………..**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko uczestnika | Poniesiony koszt konsultacji (K) | Koszt wizyty zabiegowej | Liczba odbytych wizyt zabiegowych | Czy podczas co najmniej 3 wizyt stosowano naukę ćwiczeń? | Czy podczas co najmniej 3 wizyt stosowano terapię laserem wysokoenergetycznym? | Łączny koszt wizyt zabiegowych (Z) | Podsumowanie kosztów (K + Z) |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |  |  |  |
| (…) |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SUMA  |  |

 Potwierdzam wykonanie usługi fizjoterapii dla pracowników Urzędu Miasta Bydgoszczy w okresie …………………………………………, na podstawie umowy nr…………………………………., zgodnie z zestawieniem:

Liczba wizyt zabiegowych (zabiegów) zrealizowanych w ww. okresie przez fizjoterapeutę/ów …………………………….. (numer/y PWZFz) z co najmniej 10-letnim doświadczeniem zawodowym: ………………………..

[ ]  \*Potwierdzam zatrudnienie do realizacji zamówienia co najmniej 1 osoby z niepełnosprawnością w wyżej wymienionym okresie rozliczeniowym.

|  |  |
| --- | --- |
|  | Data i podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy |

\*dotyczy wyłącznie sytuacji zadeklarowania przez Wykonawcę w złożonej Ofercie