**Załącznik nr 1A – Karta Rozliczeniowa**

|  |  |
| --- | --- |
| Nr referencyjny nadany sprawie przez Zamawiającego **PN/RB/2/2019** |  |

ZAMAWIAJĄCY: **Ośrodek Leczniczo – Rehabilitacyjny „Pałac Kamieniec” Spółka z o.o.** ul. Polna 2, 42-674 Kamieniec

WYKONAWCA:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa Wykonawcy(ów)** | **Adres(y) Wykonawcy(ów)** |
|  |  |  |

Uwaga:

***Należy wypełnić kolumny 1-7 załączonego formularza Karta Rozliczeniowa i podpisać jn..***

Podpisy:

**…………………………………… …………………………………………………………………………………….**

***Miejscowość i data Podpis osoby uprawnionej do reprezentowania Wykonawcy***