Załącznik nr 2

**KARTA PRACY KIEROWCY NR .......... – Dotyczy realizacji umowy nr ………………………………....** Strona: 1 – 2 3 – 4

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Dzień | Miesiąc | Rok | Typ usługi | Marka pojazdu | Nr rej. pojazdu | Imię i nazwiskokierowcy pojazdu |
|  |  |  | Obsługa Apteki |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| L.p. | Dotyczy Zleceniodawcy | Opis usługi | Imienna pieczątkai podpis lub czytelnypodpis zleceniodawcy | Uwagi |
| Nazwa | Numer ośrodka kosztów | Skąd - dokąd | Opis ładunku | Czas wykonywania usługi | Razem |
| od | do |
| 1 |  |  |  |  |  |  | godzin: |  |  |
| minut: |
|  |
| 2 |  |  |  |  |  |  | godzin: |  |  |
| minut: |
|  |
| 3 |  |  |  |  |  |  | godzin: |  |  |
| minut: |
|  |
| 4 |  |  |  |  |  |  | godzin: |  |  |
| minut: |
|  |
| **Do przeniesienia:** | **godzin:** |  |
| **minut:** |  |
|  |  |

**KARTA PRACY KIEROWCY NR .......... – Dotyczy realizacji umowy nr ………………………………....** Strona: 1 – 2 3 – 4

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Z przeniesienia:** | **godzin:** |  |
| **minut:** |  |
|  |  |
| L.p. | Dotyczy Zleceniodawcy | Opis usługi | Imienna pieczątkai podpis lub czytelnypodpis zleceniodawcy  | Uwagi |
| Nazwa | Numer ośrodka kosztów | Skąd - dokąd | Opis ładunku | Czas wykonywania usługi | Razem |
| od | do |
| 5 |  |  |  |  |  |  | godzin: |  |  |
| minut: |
|  |
|  6 |  |  |  |  |  |  | godzin: |  |  |
| minut: |
| **Razem pozycji:** |  |  | **Razem:** | **godzin:** |  |
| **minut:** |  |
|  |  |

Potwierdzam wykonanie usługi:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pieczęć firmowa i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy | Podpis pracownikaSekcji Administracji | Akceptacja Kierownika Sekcji AdministracjiSzpitala Uniwersyteckiego w Krakowie |
|  |  |  |