

**Wzór zestawienia faktur****Załącznik nr 5**

Apteka

dnia.....

Dom Pomocy Społecznej w Mnichowie za okres od 2021.01.01  
do 2021.01.17 Raport z dnia 2021.01.17 07:40

Lp.	Data sp	Data FV	Nr faktury	Nazwisko i imię pacjenta	Termin pł.	Wartość brutto	Płatne przez DPS	Płatne przez Mieszkańca DPS
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								