## Załącznik nr 4

#### **Rachunek**

Do umowy nr zawartej w dniu

Nazwa płatnika  
(pieczątka)  
Urząd Skarbowy   
ul. kod pocztowy miejscowość   
  
Nazwisko podatnika   
Imię (imiona)   
Imię ojca i matki   
Miejsce i data urodzenia (dzień – miesiąc – rok)   
Nr PESEL (11 cyfr)  
Miejsce zamieszkania Gmina – Dzielnica   
Kod pocztowy ulica nr domu   
Konto

**RACHUNEK**

dla Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych  
za wykonanie Umowy nr z dnia

Liczba dni/godzin/sztuk\*(niepotrzebne skreślić) Kwota brutto: zł (słownie: )

Praca wykonana w okresie od do   
  
……………………………………………………………..  
(data i podpis Wykonawcy)

Praca została przyjęta bez zastrzeżeń. Rachunek sprawdzono pod względem merytorycznym.

………………………………………………………………  
 (data i podpis Zamawiającego)