

Nazwa Apteki

Poznań, ..... r.

Zestawienie wystawionych faktur w okresie ..... do .....  
dla Miasto Poznań Dom Pomocy Społecznej w Poznaniu, przy ul. Konarskiego 11/13

L.p.	Data wystawienia	Numer faktury	Nazwisko i imię mieszkańca	Termin płatności	Wartość brutto	Płatność DPS	Płatność mieszkańiec
suma							