

企業名稱： _____ 企業地址： _____
 企業城市、街道和郵遞區號 _____ 企業電話： _____
 企業所有者： _____ 企業類型： _____
 患者姓名： _____ 出生日期： _____

毛收入 月份： 月份： 月份：

總毛收入			
營業費用 (企業/非個人)			
銷售、一般行政費用			
廣告/直接行銷			
員工薪資/員工薪水/員工福利計劃			
辦公室和裝置維修或維護費用			
日常用品			
租金 (辦公室)			
租金 (設備)			
企業帳單： (電話、公用事業、水、垃圾等)			
證照和費用/法律和專項費用/會費和訂閱費			
保險 (請註明)			
其他費用 (請註明)			
總營業費用			

每月個人薪資/薪水/抽獎 月份： 月份： 月份：

每月個人薪資/薪水/抽獎總額			
----------------	--	--	--

總營業收入 月份： 月份： 月份：

總收入 (= 毛收入 - 總營業費用)			
---------------------	--	--	--

我透過本人簽名證明此資訊是我自雇收入的真實準確的帳戶。

所有者簽名： _____ 日期： _____

根據公法 s.817.50 F.S.，提供虛假資訊欺騙醫院以獲得商品或服務為目的的行為屬於二級輕罪。