

Wykaz wykonanych zabiegów przezw dniu r.

Lp.	Nazwa zabiegu	PESEL pacjenta	Data wykonania zabiegu	Kwota zł brutto
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
Kwota razem zł brutto				

(podpis Przyjmującego Zamówienie)-----
(podpis Lekarza Kierującego Oddziałem)

Zamość, dnia r.