

**Wykaz wykonanych zabiegów przez .....w dniu ..... 2020r.**

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 Ordynatora Oddziału Kardiologicznego /Kardiochirurgicznego)
--	---

Zamość, dnia ..... 2020r.