Załącznik Nr 2
do umowy Nr ... z dnia .....

WYKAZ BADAŃ DIAGNOSYTYCZNYCH/ZABIEGÓW wykonanych w miesiącu ..... 20..... r.

Lp.	Nazwa badania	Nazwisko i imię pacjenta	Nazwisko i imię lekarza zlecającego	Cena jedn.	Ilość	Koszt

.....
(podpis i pieczęć osoby uprawnionej)

WZÓR