

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

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

<p>-----</p> <p>(podpis Przyjmującego Zamówienie)</p>	<p>-----</p> <p>( podpis Ordynatora/ Lekarza Kierującego Oddziałem)</p>
---	---

Zamość, dnia ..... r.