

**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				

-----  
(podpis Przyjmującego Zamówienie)

-----  
( podpis Lekarza Kierującego Oddziałem)

Zamość, dnia ..... r.