

Wykaz wykonanej asysty przy zabiegach przezskórnego usuwania elektrod wewnątrzsercowych
przez piel.w dniu.....2020r.

Lp.	Data wykonanej asysty	PESEL pacjenta	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.