

**MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH BADAŃ
HISTOPATOLOGICZNYCH I CYTOLOGICZNYCH DLA PACJENTÓW
WOJEWÓDZKIEGO SZPITALA SPECJALISTYCZNEGO W BIAŁEJ PODLASKIEJ**

miesiąc:..... 20..... rok

<i>Lp.</i>	<i>Rodzaj świadczenia zdrowotnego</i>	<i>Liczba wykonanych świadczeń zdrowotnych</i>	<i>Wartość za jedno badanie (zł brutto)</i>	<i>Suma ogółem (zł brutto)</i>
1.	Pobranie materiału na każdy bloczek parafinowy z jego opisem		5	
2.	Ocena mikroskopowa wszystkich preparatów wykonanych z jednego bloczka parafinowego, w tym badanie dodatkowe oraz postawienie rozpoznania		15	
3.	Ocena mikroskopowa preparatu cytologicznego		15	
			Łączna kwota za wszystkie badania (zł brutto)	

.....
podpis Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis lekarza kierującego Zakładem Patomorfologii WSzS
w Białej Podlaskiej lub osoby jego zastępującej)