Załącznik nr 2
Konkurs: ZO/5030/9/2019
Załącznik Nr 5 do umowy nr ……..zawartej w dniu ……..201…. r.

MIESIĘCZNE SPRAWOZDANIE Z WYKONANYCH BADAŃ DLA WSZS W BIAŁEJ PODLASKIEJ

miesiąc ..... rok .....

Dzień	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL

Potwierdzam wykonanie świadczeń zdrowotnych

.....
Podpis osoby wykonującej świadczenia

.....
pieczęć i podpis Kierownika Centralnej Pracowni Endoskopowej WSzS

Potwierdzam wprowadzenie świadczeń zdrowotnych do systemu informatycznego .....
data czytelny podpis lub pieczęć i podpis pracownika Działu Świadczeń Medycznych