

**MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE WYKONANYCH PROCEDUR Z ZAKRESU ORTOPEDII I
TRAUMATOLOGII NARZĄDU RUCHU**

Lp	Rodzaj wykonanych procedur według załącznika nr 7 do umowy	Ilość wykonanych procedur	Cena za procedurę	Wartość wykonanych procedur

RAZEM:

.....
Potwierdzenie Przyjmującego Zamówienie

.....
Potwierdzenie wykonania świadczeń zdrowotnych
(podpis Zastępcy Dyrektora ds. Medycznych
lub pełniącego jego zastępstwo)