

do umowy o realizację świadczeń zdrowotnych z dnia dotyczący wykonywania badań z zakresu medycyny pracy

Imienny wykaz przebadanych osób w okresie
(miesiąc, rok)

Lista przebadanych osób w okresie					
(miesiąc, rok)					
Lp	Nazwisko i imię	Nr skierowania	Rodzaj badania	Data ważności orzeczenia	Cena brutto
1.					
	Razem:				

.....
(podpis i pieczęć lekarza udzielającego świadczeń zdrowotnych)