Załącznik nr 3
do Umowy nr …../WSN/DKR/2023

L.p.	Dane pacjenta:		Rodzaj wykonanego badania zgodnie z Załącznikiem nr 1 do umowy	Data wykonanego badania	Kwota usługi zgodnie z Załącznikiem nr 1 do umowy	Uwagi
	Imię i Nazwisko	PESEL				

……
(Imię i Nazwisko osoby sporządzającej oraz nr telefonu)

……..
(Podpis Przyjmującego zamówienie)