

Załącznik nr 7
do umowy Nr.....
z dnia

.....
Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej
(pieczęć Zleceniobiorcy)

Końcowe rozliczenie merytoryczno - finansowe

Poszukiwania i Doboru Dawców Komórek Krwiotwórczych

za okres od dnia do dnia..... r.

Lp.	imię i nazwisko biorcy - chorego zakwalifikowanego do przeszczepienia allogenicznego komórek krwiotwórczych	pesel haploidentycznego lub id niespokrewnionego typowanego dawcy komórek krwiotwórczych	faktyczny koszt poniesiony z tytułu typowania biorcy	faktyczny koszt poniesiony z tytułu typowania dawców komórek krwiotwórczych	Łączny faktyczny koszt poniesiony z tytułu typowania biorcy i dawców komórek krwiotwórczych
1.					
	razem				
2.					
	razem				
	Łączny koszt doboru dawców komórek krwiotwórczych w okresie sprawozdawczym				

Osoba sporządzającar.
Tel. kontaktowy:r.
e-mail:r.

Dane i podpis osoby upoważnionej