

Załącznik nr 8
do umowy Nr.....
z dnia

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

**Zestawienie wykonania
Poszukiwania i Doboru Dawców Komórek Krwiotwórczych**

Liczba doborów dawców komórek krwiotwórczych rozliczonych w okresie od dnia r. do dnia r.	Wartość usługi	Liczba doborów dawców komórek krwiotwórczych zleconych i nie rozliczonych w okresie od dnia r. do dnia r.	Przewidywana liczba zleceń doborów dawców komórek krwiotwórczych które mogą być przyjęte do realizacji w okresie od dnia..... r. do dnia r.	Uzasadnienie liczby podanej w kolumnie 4

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

Dane i podpis osoby upoważnionej