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

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

Przewidywana do wykonania liczba procedur
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 sporządzająca …..……..…..r.
Tel. kontaktowy: …..……..…..r.
e-mail: …..……..…..r.

Dane i podpis osoby upoważnionej …….