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

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

Okresowe 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 sporządzająca …..……..….r.
Tel. kontaktowy: …..……..….r.
e-mail: …..……..….r.

Dane i podpis osoby upoważnionej …….