

nazwa jednostki

Załącznik nr .../U/2024/D

Sprawozdanie za miesiąc .....

LP.	NAZWISKO LEKARZA	LICZBA BADAŃ WYKONANYCH NA KOSZT WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO W MIESIĄCU ROZRACHUNKOWYM				RAZEM	LICZBA BADAŃ WYKONANYCH NA KOSZT WOJEWÓDZTWA MAZOWIECKIEGO OD DATY ZAWARCIA UMOWY DO KOŃCA MIESIĄCA ROZRACHUNKOWEGO				RAZEM	
		KU	KS	U	S	KU+KS+U+S	(narastająco)				KU+KS+U+S	
							KU	KS	U	S		
1.						0						
2.						0						
3.						0						
4.						0						
5.						0						
6.						0						
7.						0						
8.						0						
9.						0						
10.						0						
11.						0						
	<b>RAZEM</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>

\_\_\_\_\_  
sporządził (imię i nazwisko tel. kontaktowy)

\_\_\_\_\_  
zatwierdził (imię i nazwisko)

