## **Załącznik nr 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nr** | **Dane Kontrahenta** | **Pierwsze 6 \*\* 2 ostatnie cyfry**  **PESELU Pacjenta** | **Data wizyty/ badania** | **Rodzaj badania** | **Cena badania** | **Oddział i/lub lekarz zlecający** |
| **1.** | **Nazwa** |  |  |  |  |  |
|  | **Adres** |  |  |  |  |  |
|  | **NIP** |  |  |  |  |  |

**Szpital/Udzielający Zamówienie Przyjmujący Zamówienie**