***Załącznik nr 2 do umowy z dnia ………………***

**HARMONOGRAM PRACY PRACOWNI ……………………………………**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Rodzaj badania | Adres placówki wykonującej badania,  nr telefonu do rejestracji | Dni i godziny wykonywania badań |
| 1. | Rodzaj Pracowni i badań |  |  |

…………………………………………………

Podpis Przyjmującego Zamówienie

***Załącznik nr 3 do umowy z dnia ………………***

…………………………………………………………

(Pieczęć Przyjmującego Zamówienie )

***SPRAWOZDANIE Z REALIZACJI WYKONANYCH BADAŃ***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **PESEL pacjenta** | **Imię i Nazwisko**  **pacjenta** | **Rodzaj badania** | **Data**  **skierowania** | **Data wykonania badania** | **Lekarz kierujący** | **Adres przychodni kierującej** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

………………………………………………………….

(Podpis Przyjmującego Zamówienie)