Załącznik Nr 1 do umowy Nr ………., zawartej

Data…………………… w dniu…………………………….…. pomiędzy

…………………………………………………

Pieczęć Świadczeniodawcy

**Miesięczny wykaz uczestników Programu profilaktyki raka piersi – profilaktyczne badania ultrasonograficzne piersi dla kobiet w wieku od 25 do 49 roku życia i wykonanych na ich rzecz świadczeń za m-c……………………….2018 r.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lp. | Imię i nazwisko | Data urodzenia | Adres zamieszkania | Rodzaj badania | Data udzielenia  świadczenia |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

………………………………….. ………………………………….....

Podpis Koordynatora Programu Podpis i pieczęć Świadczeniodawcy