

Data.....

Załącznik Nr 1 do umowy Nr...../2019, zawartej  
w dniu..... pomiędzy Miastem  
Rzeszów a.....

Pieczęć podmiotu

1. Miesięczny wykaz uczestników „Programu badań przesiewowych w kierunku wczesnego wykrywania i leczenia powikłań ocznych cukrzycy dla osób z cukrzycą typu 2, powyżej 45 roku życia” i wykonanych na ich rzecz świadczeń za miesiąc.....2019 r.

1) w etapie wstępnym Programu

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zameldowania	Rodzaj badania	Data udzielenia świadczenia

2) w etapie pogłębionym Programu

Lp.	Imię i nazwisko	Data urodzenia	Adres zameldowania	Rodzaj badania	Data udzielenia świadczenia

.....  
Podpis Koordynatora Programu

.....  
Podpis i pieczęć Dyrektora