

RAPORT O ZUŻYCIU IMPLANTU

1. PEŁNE DANE SZPITALA

NR KLIENTA :

2. Data zabiegu:.....

3. Inicjały pacjenta lub nr historii choroby (do wpisania na fakturę)

A)

B)

4. Zużyte elementy

Proszę o uzupełnienie- PILNE!

Pieczątką i podpis

Załącznik nr 2

Protokół przejęcia towaru

Stwierdzam, iż w dniu..... został przyjęty towar w ilości
i asortymencie wyszczególnionym poniżej:

1.

2.

3.

Data i podpis osoby przyjmującej