|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Nazwisko i imię pracownika** | **Stanowisko** | **Nazwa jednostki organizacyjnej kierującej na badania** | **Rodzaj badania** | **Data**  **wykonania badania** | **Wykonane konsultacje lekarskie**  **i badania** | **Cena** | **Koszt ogółem** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łącznie:** | | | | | | | |  |

**Miesięczny wykaz osób zgłaszających się na badania**