Załącznik nr 4 do umowy

Lp.	Data badania/ rejestracji	Nr zlecenia	PESEL	Oddział/ Jednostka	Imię i nazwisko	Rodzaj materiału	Usługa / Rodzaj wykonanego badania							Kwota
							Materiał	Marker	Receptor	HER	HER2 FISH	MOL	BLOCZKI	