Załącznik nr 2 do umowy

Warszawa, ………………………………………….

………………………………………………………………………………….

Imię i Nazwisko Przyjmującego Zamówienie

………………………….

Miesiąc udzielania świadczeń zdrowotnych

**Potwierdzam kompletność i prawidłowość prowadzonej dokumentacji medycznej pacjentów przebywających pod opieką Przyjmującego Zamówienie**

**………………………………………**

**Podpis Kierownika Komórki**