

.....
(Jednostka organizacyjna ZOZ Sucha Besk.)

**ZAPOTRZEBOWANIE
NA USŁUGI KSERO**
w m-cu _____ 20.....r.

Data	Nazwa kserowanego dokumentu	Ilość stron	Podpis i pieczętka Kierownika/Koordynatora/Ordynatora/Oddziałowej	Podpis i pieczętka zatwierdzającego*	Wypełnia Wykonawca	
					Liczba stron wykonanych	Potwierdzenie wykonania usługi
RAZEM ILOŚĆ STRON:						X

* - dotyczy druków- jeżeli związane są z dokumentacją medyczną zatwierdza DOiN, pozostałe druki zatwierdza DZP. Ksero dokumentacji medycznej nie wymaga zatwierdzenia.

** - druk w pierwszym dniu nowego miesiąca należy oddać do Działu Księgowości