

## **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!**

**Pieczętka i podpis**

**Protokół przejęcia towaru**

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

1.

2.

3.

Data i podpis osoby przyjmującej