Załącznik nr 9
do Umowy nr ……
z dnia…….……..

Rejestr badań mikrobiologicznych

Lp.	Data	Imię i nazwisko	Oddział	Rodzaj badań	Data i godz. przyjęcia do punktu przyjęć	Podpis osoby przyjmującej	Data i godz. przyjęcia do laboratorium mikrobiologicznego	Podpis osoby przyjmującej
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								