

Godzina:      :     

**Nazwa i adres Zleceńodawcy:** Zespół Opieki Zdrowotnej w Brodnicy, ul. Wiejska 9, 87-300 Brodnica, tel. 56 66 89 100, tel./fax 56 66 89 101  
**Nazwa i adres Wykonawcy:** Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej w Rypnie, ul. 3 Maja 2, 87-500 Rypin

[illegible]TAK ☐NIE ☐

.....  
podpis Zleceniodawcy

podpis Zleceniobiorcy

### Przyjęcie

## Odbiór