



**Załącznik nr 3 do umowy**

ODDZIAŁ/PIECZĄTKA	
<b>KARTA SKIEROWANIA ZWŁOK DO CHŁODNI</b>	
IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZMARŁEJ	
NUMER PESEL OSOBY ZMARŁEJ, W PRZYPADKU BRAKU NR PESEL – SERIA I NUMER DOKUMENTU STWIERDZAJĄCEGO TOŻSAMOŚĆ	
DATA I GODZINA ZGONU	
GODZINA SKIEROWANIA ZWŁOK OSOBY ZMARŁEJ DO CHŁODNI	
IMIĘ, NAZWISKO I PODPIS PIEŁĘGNIARKI SPORZĄDZAJĄCEJ KARTĘ	
GODZINA PRZYJĘCIA ZWŁOK OSOBY ZMARŁEJ DO CHŁODNI	
IMIĘ, NAZWISKO I PODPIS OSOBY PRZYJMUJĄCEJ ZWŁOKI OSOBY ZMARŁEJ DO CHŁODNI	



**Załącznik nr 4 do umowy**

..... ZLECENIODAWCA/PIECZĄTKA FIRMOWA/ODDZIAŁ		..... DATA ZLECENIA BADANIA SEKCYJNEGO	
<b>SKIEROWANIE NA BADANIE SEKCYJNE</b>			
<b>DO PATOLOG</b> ..... (ADRES)			
IMIĘ I NAZWISKO ZMARŁEGO: .....		PŁEĆ: .....	
NUMER PESEL ZMARŁEGO .....	DATA URODZENIA: .....	WIEK .....	
DATA I GODZINA ZGONU: .....			
DANE KLINICZNE:			
PRZYCZYNA ZGONU:			
..... LEKARZ KIERUJĄCY (PIECZĄTKA I PODPIS)			



Załącznik nr 5 do umowy

**MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE DLA SP ZOZ MSWiA W KIELCACH IM. ŚW. JANA PAWŁA II  
WYKONANYCH USŁUG W ZAKRESIE: ODBIÓR, PRZEWÓZ I PRZECHOWYWANIE ZWŁOK LUDZKICH  
W CHŁODNI DO 72 GODZIN.**

ZESTAWIENIE ZA MIESIĄC .....202... ROKU.

L.p.	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZMARŁEJ	DATA I GODZINA ODBIORU ZWŁOK Z SP ZOZ MSWiA W Kielcach im. Jana Pawła II	DATA I GODZINA ODBIORU ZWŁOK Z CHŁODNI PRZEZ OSOBY UPRAWNIONE	USŁUGA ODBIORU, PRZEWÓZU I PRZECHOWYWANIA DO 24 GODZIN	ILOŚĆ USŁUG PRZECHOWYWANIA W CHŁODNI (ZA NASTĘPNE 12 GODZIN DO 72 GODZIN ŁĄCZNIE)

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ

.....

.....



Załącznik nr 6 do umowy

**MIESIĘCZNE ZESTAWIENIE DLA SP ZOZ MSWiA W KIELCACH IM. ŚW. JANA PAWŁA II  
WYKONANYCH USŁUG W ZAKRESIE: WYKONYWANIE SEKCJI ZWŁOK**

ZESTAWIENIE ZA MIESIĄC .....202... ROKU.

L.p.	IMIĘ I NAZWISKO OSOBY ZMARŁEJ	DATA I GODZINA WYKONYWANIA SEKCJI ZWŁOK

MIEJSCOWOŚĆ, DATA

PODPIS OSOBY UPRAWNIONEJ

.....

.....