

Niepubliczny Zakład Opieki Zdrowotnej Zakład Patologii Sp. z o.o.
25-734 Kielce, ul. Jagiellońska 70

Kielce, dnia roku

KARTA ZWROTU MATERIAŁU

Pacjent:

Opis: szt.:

Opis: szt.:

Opis: szt.:

Numer konta do zwrotu kaucji:

.....

.....
Data i podpis osoby odbierającej

.....
Data i podpis osoby zwracającej