................................................ ....................................... dnia ...............

Nazwa komórki organizacyjnej

**Zapotrzebowanie na zakup**

Proszę o zakup:

1. .................................................................................... Ilość .....................
2. .................................................................................... Ilość .....................
3. .................................................................................... Ilość .....................
4. .................................................................................... Ilość .....................

Przeznaczenie i uzasadnienie zakupu ................................................................................................................................................................................................................................................................................

**............................................................**

 Podpis osoby upoważnionej wnoszącej zapotrzebowanie

................................................. ....................................... dnia ...............

Nazwa komórki organizacyjnej

**Zgłoszenie awarii**

Zgłaszam awarię ...............................................................................................

Szczegółowy opis ...................................................................................................

...........................................................................................................................

**............................................................**

Podpis upoważnionej osoby zgłaszającej

................................................ ....................................... dnia ...............

Nazwa komórki organizacyjnej

**Zgłoszenie przeglądu technicznego**

Proszę o przegląd aparatu .................................................................... typ ............................. nr seryjny ...............................................................................

Czy jest wykazany w portalu NFZ

TAK NIE **............................................................**

Podpis upoważnionej osoby zgłaszającej