**ZLECENIE W RAMACH WSPÓŁPRACY NAUKOWO-BADAWCZEJ**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Numer projektu |  | | | | |
| Tytuł projektu |  | | | | |
| Miejsce realizacji projektu |  | | | | |
| Kierownik Projektu  *(imię, nazwisko, e-mail, tel.)* |  | | | | |
| Skład Zespołu badawczego |  | | | | |
| Liczba uczestników objętych badaniem |  | | | | |
| Daty rozpoczęcia i zakończenia projektu |  | | | | |
| Wykaz standardowych procedur medycznych finansowanych przez NFZ |  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| Wykaz ponadstandardowych procedur medycznych | Nazwa procedury | | Liczba | Kwota | Razem |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
|  | |  |  |  |
| **Kwota zlecenia razem:** | | |  | | |
| Ośrodek kosztów USD |  | | | | |
| Załączniki: | Opis projektu |  | | | |

Podpis Kierownika Projektu ……………………………………………………………….

Zatwierdzam: ……………………………………………………………….

*podpis Dyrektora Szpitala*

Zatwierdzam: ……………………………………………………………….

*podpis Z-cy Kwestora UJ ds. CM*