**Załącznik nr 3**

…………………….., dnia ……………….2023 r.

LISTA ŚWIADCZENIODAWCÓW PODLEGAJĄCYCH KONTROLI JAKOŚCI BADAŃ MAMMOGRAFICZNYCH W ROKU 2023

Imię i nazwisko kontrolera: ……………………………………………..

Nr dowodu osobistego: …………………………………………………

Wykaz świadczeniodawców:

1……………………………..

2……………………………..

3……………………………..

4…………………………….

……………………………………

(Podpis osoby kontrolującej)