**Załącznik nr 5 do umowy nr ……………………….**

**Zestawienie należnych zwrotów za …….. kwartał ……….r.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Numer ewidencyjny Uczestnika badania** | **Numer wizyty** | **Data wizyty** | **Należna kwota do zwrotu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |