

## Zestawienie realizacji usługi specjalistycznego transportu sanitarnego

Miesiąc / Rok .....

L.p.	Oddział zlecający	Imię i nazwisko transportowanego pacjenta	Data realizacji zlecenia	Lekarz zlecający transport	Adres docelowy transportu	Cel transportu	Ilość przejechanych kilometrów	godzina zgłoszenia zlecenia	godzina rozpoczęcia zlecenia	godzina zakończenia zlecenia	czas realizacji transportu - godziny	czas realizacji transportu - minuty	uwagi
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
...													

podsumowanie

podsumowanie



\* niepotrzebne skreślić

.....

(pieczęć i podpis Wykonawcy)