

Zestawienie usług transportu sanitarnego

Dla: (nazwa i adres szpitala)
za okres:

| ŁĄCZNIE | | W TYM | |
|------------|--|------------|----------|
| | | Bez opieki | Z opieką |
| Godzin | | | |
| Kilometrów | | | |

Szczegółowy wykaz usług

[illegible]

Podsumowanie

RAZEM: