|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  | Załącznik nr 2.1 do umowy |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nazwa i adres jednostki |  |  |  |  |  |  |  |  |
| organizacyjnej WCKiK |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Zestawienie zbiorcze usług wynajmu samochodu wraz z kierowcą do przewozu krwi i jej składników do miejsca wskazanego przez Odbiorcę poza terenem m. st. Warszawy za miesiąc ………......................... 2025 r.** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **Data** | **Godzina otrzymania powiadomienia** | **Godzina uruchomienia transportu** | **Trasa przejazdu** | **Ilość przejechanych kilometrów** | **Potwierdzenie, że usługa została wykonana zgodnie z umową (TAK/NIE)** | **Potwierdzenie wykonania usługi** |  |  |
| **podpis odbiorcy** | **podpis kierowcy** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | \* Czas realizacji transportu określony przez Zamawiającego |  |  |  |  |
|  Wykonawca  |  |  | Kierownik Zespołu Medycznego WCKiK |  |  |
| ……………………………………  |  |  |  ………………………………………………………….. |  |  |
| /pieczęć i podpis/ |  |  |  |  |  | /pieczęć i podpis/ |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |