

Zestawienie realizacji usługi transportu sanitarnego typu "P"

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

.....
(pieczętka i podpis Wykonawcy)