

Zestawienie usług transportu sanitarnego

Dla: (nazwa i adres szpitala)
za okres:

ŁĄCZNIE	
Godzin	
Kilometrów	

Szczegółowy wykaz usług											
Lp	Nr zlec	Data realiz	Oddział zlecający	Lekarz zlecający	Dane Pacjenta	Informacja uzupełniająca o trasie przejazdu skąd dokąd		Godzina wyj pow		Ilość	
										min	km
Podsumowanie											
RAZEM:											