

Zestawienie usług transportu sanitarnego

Dla: (nazwa i adres szpitala)
za okres:

ŁĄCZNIE		W TYM	
		Bez opieki	Z opieką
Godzin			
Kilometrów			

Szczegółowy wykaz usług

Lp	Nr	Data	Oddział	Lekarz	Dane	Informacja uzupełniająca o trasie przejazdu		Godzina		Bez opieki		Z opieką	
	zlec	realiz	zlecający	zlecający	Pacjenta	skąd	dokąd	wyj	pow	min	km	min	km
Podsumowanie													
RAZEM:													