

Załącznik A do umowy nr

Zestawienia wykonanych zleceń za m-c.....rok.....Zespołem transportowym typu.....

(według zatwierdzonych zleceń- załącznika do umowy)

L.p.	Nazwa Oddziału Szpitala- Zamawiającego	Data i Godzina zlecenia transportu Wykonawcy	Lekarz/koordynator zlecający transport	Nazwisko i imię pacjenta	Kierunek przewozu (opis trasy, adresy)		Data i Godzina odbioru pacjenta przez Wykonawcę	Data i Godzina przekazania pacjenta przez Wykonawcę (miejsce docelowe)	Data i godzina powrotu do Bazy (miejsca stacjonowania) (z zastrzeżeniem ¹⁾)	Ilość przejechanych Kilometrów (z zastrzeżeniem ¹⁾)	Koszt kilometrów	Czas przejazdu (Godziny/Minuty) (z zastrzeżeniem ¹⁾)	Koszt czasu usługi	Ogółem- łączny koszt transportu
					Z	Do								
a	b	c	d	e	f	g	h	i	j	k	l	m	n	l
1														
2														
3														
Razem dla oddziału:														
RAZEM PODSUMOWANIE WSZYSTKICH ODDZIAŁÓW														

(¹)- W przypadku kilku transportów na zlecenie Zamawiającego (realizowanych jeden po drugim z tego samego miejsca odbioru pacjenta-szpital Zamawiającego)

Wykonawca nie dolicza czasu i odległości powrotu do bazy (miejsca stacjonowania) po każdym transporcie, a jedynie ma prawo uwzględnić czas i odległość powrotu do bazy po wykonaniu ostatniego transportu

