

## Zestawienie realizacji usługi specjalistycznego transportu medycznego

Miesiąc / Rok .....

L.p.	Imię i nazwisko transportowanego pacjenta	Data realizacji zlecenia	Lekarz zlecający transport/komórka zlecająca	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					

.....

(pieczętka i podpis Wykonawcy)