

Zestawienie realizacji usługi transportu sanitarnego

Miesiąc / Rok

L.p.	rodzaj transportu	Imię i nazwisko transportowanego pacjenta	Data realizacji zlecenia	Lekarz zlecający transport/komórka zlecająca	Adres docelowy transportu	Cel transportu	Ilość przejechanych kilometrów	godzina rozpoczęcia zlecenia	godzina zakończenia zlecenia	czas realizacji transportu - godziny	czas realizacji transportu - minuty	uwagi
1.												
2.												
...												
	transport z opieką medyczną	podsumowanie						podsumowanie				
1.												
2.												
...												
	transport bez opieki medycznej	podsumowanie						podsumowanie				

.....
(pieczętka i podpis Wykonawcy)