

## Harmonogram transportu pacjentów dializowanych

Miesiąc / Rok .....

L.p.	Termin (dzień) i godzina wykonania Dializy	Imię i nazwisko pacjenta dializowanego	Adres zamieszkania pacjenta	Telefon kontaktowy pacjenta	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

.....

(pieczęć i podpis Zamawiającego)