Załącznik Nr .....

Zestawienie usług transportu sanitarnego

Dla: (nazwa i adres szpitala)
za okres:

	ŁĄCZNIE
Godzin	
Kilometrów	

Szczegółowy wykaz usług

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