

Zestawienie realizacji usługi transportu sanitarnego

Miesiąc / Rok

L.p.	Nr zlecenia (oryginał zlecenia w załączeniu)	Data realizacji zlecenia	Jednostka zlecająca	Lekarz zlecający transport	Imię i nazwisko transportowanego pacjenta	Adres docelowy transportu	Cel transportu	Ilość przejechanych kilometrów	Imię i nazwisko osób realizujących zlecenie		Nr karty drogowej (kserokopia w załączeniu)	Uwagi
									Kierowca	Ratownik		
1.												
2.												
3.												
4.												
5.												
6.												
7.												
...												

.....
(pieczęćka i podpis Wykonawcy)

Zestawienie realizacji usługi transportu pacjentów dializowanych

Miesiąc / Rok

L.p.	Data realizacji transportu	Imię i nazwisko transportowanego pacjenta	Adres zamieszkania pacjenta	Potwierdzenie wykonania transportu (Potwierdza - lekarz lub Oddziałowa Stacji Dializ)	Uwagi
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

.....
(pieczęć i podpis Wykonawcy)

Zestawienie realizacji usługi specjalistycznego transportu medycznego

Miesiąc / Rok

L.p.	Nr zlecenia (oryginał zlecenia w załączeniu)	Data realizacji zlecenia	Jednostka zlecająca	Lekarz zlecający transport	Imię i nazwisko transportowanego pacjenta	Adres docelowy transportu	Cel transportu	Ilość przejechanych kilometrów	Imię i nazwisko osób realizujących zlecenie			Nr karty drogowej (kserokopia w załączeniu)	Uwagi
									Kierowca	Ratownik	Lekarz		
1.													
2.													
3.													
4.													
5.													
...													

.....
(pieczętka i podpis Wykonawcy)