Załącznik nr 2 do umowy

Zbiorcze zestawienie wykonanych usług transportu sanitarnego
za okres od ……. do ……

L.p.	Data zlecenia	Imię i nazwisko pacjenta PESEL ---------- Nazwa Produktu	Komórka zlecająca	Dane osoby zlecającej	Rodzaj transportu (KS, KP, KT)	Skąd - dokąd – (placówka, miejscowość, ulica)	Cel transportu (badanie, konsultacja, do domu, przewóz krwi)	Liczba kilometrów	Godzina rozpoczęcia pracy zespołu	Godzina zakończenia pracy zespołu	Należność