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 (KT, POZ)	Skąd - dokąd – (placówka, miejscowość, ulica)	Cel transportu (przewóz krwi/transp. pacjenta do domu, transp. w ramach POZ -NŚOZ)	Liczba kilometrów	Godzina rozpoczęcia pracy realizującego transport	Godzina zakończenia pracy realizującego transport	Należność