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** (TL, KP, TD, TS, TNŚ, KT)	**Skąd - dokąd –** (placówka, miejscowość, ulica)	**Cel transportu** (kontynuacja leczenia/ konsultacja lekarza specjalisty/ wykonanie bad. diagnostycznego/ przewóz krwi/transp. pacjenta do domu)	**Liczba kilometrów**	**Godzina rozpoczęcia pracy realizującego transport**	**Godzina zakończenia pracy realizującego transport**	**Należność**