(Załącznik Nr 2 do umowy - wzór)

Sprawozdanie z udzielonych świadczeń zdrowotnych w zakresie transporty sanitarnego w SP ZOZ w Myszkowie, ul. Aleja Wolności 29

za miesiąc: ………………………./….………r.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Transport sanitarny zespołem podstawowym | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nr zlecenia | Trasa | Data realizacji | Godzina wyjazdu z bazy przyjmującego zlecenie | Zlecający (zgłaszający) | Dane pacjenta | Miejsce rozpoczęcia transportu | Miejsce przeznaczenia  transportu | Godzina przyjazdu do bazy przyjmującego zlecenie | Ilość km | Cena łączna  za km | Ilość godzin pracy | Cena łączna  za godziny | Godziny faktyczne |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Razem |  |  |  |  |  |

Data ………………………………….. ………………………………………………………..

(podpis up. osoby zleceniobiorcy)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Transport sanitarny zespołem specjalistycznym | | | | | | | | | | | | | | |
| Lp. | Nr zlecenia | Trasa | Data realizacji | Godzina wyjazdu z bazy przyjmującego zlecenie | Zlecający (zgłaszający) | Dane pacjenta | Miejsce rozpoczęcia transportu | Miejsce przeznaczenia  transportu | Godzina przyjazdu do bazy przyjmującego zlecenie | Ilość km | Cena łączna  za km | Ilość godzin pracy | Cena łączna  za godziny | Godziny faktyczne |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Razem |  |  |  |  |  |

Data ………………………………….. ………………………………………………………..

(podpis up. osoby zleceniobiorcy)