(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 przeznaczeniatransportu | Godzina przyjazdu do bazy przyjmującego zlecenie | Ilość km | Cena łącznaza km | Ilość godzin pracy | Cena łącznaza 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 przeznaczeniatransportu | Godzina przyjazdu do bazy przyjmującego zlecenie | Ilość km | Cena łącznaza km | Ilość godzin pracy | Cena łącznaza godziny | Godziny faktyczne |
| 1. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  | Razem |  |  |  |  |  |

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

 (podpis up. osoby zleceniobiorcy)