Załącznik Nr 2
do umowy

Miesieczne zestawienie usług transportu sanitarnego
Miesiąc .....

L.p.	Godz. wyj.	Godzina przyj.	Czs transportu	Rodzaj transp.	Nr zlec.	Data	Nazwisko i imię pacjenta	Skąd	Dokąd	Komórka zlecająca	Lekarz kierujący	Km

.....
Sporządził: