

Miesięczne zestawienie i rozliczenie usług transportu sanitarnego typu S

LP.	DATA	PESEL lub Dane personalne pacjenta	Zlecający	Strefa	Skąd / np. oddział B/	Dokąd / np.WSS Zgierz/	Godz. rozpoczęcia	Godz. zakończenia	Czas transportu w min.	Wartość za wozogodzinę	Ilość km	Wartość za km	Łączny koszt transportu (kol. 11+13)
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14
RAZEM										XXXXXXXXXX		XXXXXXX	XXXXXXXXXX