



.....  
Pieczęć Wykonawcy

**Wykaz udzielonych świadczeń zdrowotnych i usług transportu sanitarnego**

Zestawienie usług transportu medycznego za okres .....									
Lp	Data	Nazwisko i Imię pacjenta	Pesel	Dokąd (dokładny adres zlecenia)	Odległość (km)	Czas oczekiwania	Nr wyjazdu	Lekarz kierujący	Oddział kierujący



**WOJEWÓDZKI SZPITAL SPECJALISTYCZNY**  
IM. BŁOGOSŁAWIONEGO KSIĘDZA JERZEGO POPIEŁUSZKI WE WŁOCŁAWKU


.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania  
Wykonawcy

Zatwierdzam / nie zatwierdzam\*

.....  
Miejscowość i data

.....  
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania  
Zamawiającego

\*) niepotrzebne skreślić