

.....  
/pieczęć Wykonawcy/

WYKAZ WYKONANYCH PRZEWOZÓW - .....2017 r

Lp.	DATA	CZAS TRWANIA USŁUGI		Nazwisko i imię pacjenta	Lekarz kierujący	TRASA PRZEWOZU		Typ karetki S	Ilość km/ryczałt	Koszt przewozu
		Godz. wyjazdu	Godz. powrotu			Z	DO			
1.										
2.										
3.										
4.										
5.										
6.										
7.										
8.										
9.										
10.										
11.										
12.										
OGÓLE M KOSZTY PRZEW OZU:										

.....dnia.....

.....  
podpis i pieczęć osób wskazanych w dokumencie  
uprawnającym do występowania w obrocie prawnym lub  
posiadających pełnomocnictwo