

Zestawienie realizacji usługi transportu pacjentów dializowanych

Miesiąc / Rok

L.p.	Harmonogram pacjentów	nr rejestracyjny pojazdu	Imię i nazwisko pacjenta	Adres zamieszkania pacjenta	Ilość przejechanych kilometrów	godzina rozpoczęcia zlecenia	godzina zakończenia zlecenia	czas realizacji transportu - godziny	czas realizacji transportu - minuty	uwagi
	zmiana I									
	6:00-10:30									
	8:00-12:30									
	zmiana II									
	13:00-17:30									
	zmiana III									
	20:00-0:30									
				podsumowanie			podsumowanie			

.....

(pieczęć i podpis Wykonawcy)