

**Załącznik do umowy Nr PZOZ.DAPiK.1171- /18
na udzielanie świadczeń zdrowotnych
dot. zabezpieczenia świadczeń lekarskich podczas
transportu medycznego pacjenta**

dotyczy miesiąca.....

Lp.	Data udzielania świadczeń	Godziny od ...do..	Ilość godzin	Kwota wynikająca z ilości godzin
1	2	3	4	5
OGÓŁEM				

.....
podpis i pieczęć osoby potwierdzającej

.....
podpis i pieczęć Przyjmującego Zamówienie

.....