Załącznik nr 1

REJESTR CZASU WYKONYWANIA ZLECENIA TRANSPORTU SAMOCHODEM SANITARNYM TYPU „T"

Lp.	Data	Imię i nazwisko pacjenta	Imię i nazwisko lekarza zlecającego transport	Godzina przyjęcia zlecenia przez dyspozytora	Godzina przekazania zlecenia przez dyspozytora kierowcy karetki	Godzina stawienia się karetki w Szpitalu	Godzina opuszczenia Szpitala przez karetkę

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis i pieczęć Wykonawcy

KIEROWNIK
DZIAŁU ADMINISTRACYJNEGO
Centralnego Szpitala Miejskiego

Ewa Momot