Załącznik nr 3

Zestawienie przewozów w danym miesiącu Zespołem „T"

Nazwa Oddziału……..

Lp.	Data	Godzina realizacji transportu	Numer zlecenia	Imię i nazwisko pacjenta	Trasa od – do transportu	Ilość km.	Koszt km.	Czas usługi	Koszt usługi	Lekarz zlecający	Koszt razem (koszt km +koszt usługi)

KIEROWNIK
DZIAŁU ADMINISTRACYJNEGO
Centralnego Szpitala Miejskiego
Ewa Momot