**Zestawienie dotyczące zrealizowanych transportów sanitarnych za miesiąc…….**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer zlecenia Zamawiającego** | **Data realizacji** | **Skąd** | **Dokąd** | **Ryczałt (zł)** | **Liczba km** | **Liczba km\* stawka za km (zł)** | **Całkowity koszt realizacji transportu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Łączny koszt (zł)** |  |

Dotyczy realizacji § 1 ust. 1 pkt 1 -2 umowy, tj.:

1) transport sanitarny z pociągu medycznego do miejsca hospitalizacji

2) transport sanitarny w przypadku zakończenia hospitalizacji - ze szpitala do miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania;

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Numer zlecenia Zamawiającego** | **Data realizacji** | **Skąd** | **Dokąd** | **Ryczałt (zł)** | **Liczba km** | **Liczba km\* stawka za km (zł)** | **Czas oczekiwania (h)** | **Czas oczekiwania \* stawka za godzinę (zł)** | **Całkowity koszt realizacji transportu** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Łączny koszt (zł)** |  |

Dotyczy realizacji § 1 ust. 1 pkt 3-5 umowy, tj.:

1. transport sanitarny w przypadku konieczności kontynuacji leczenia etapowego w danym szpitalu – ze szpitala do miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania oraz z miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania do szpitala na kolejny etap hospitalizacji;
2. transport sanitarny w przypadku konieczności rehabilitacji/kontynuacji leczenia poza szpitalem, w którym osoba aktualnie przebywa – ze szpitala do miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania oraz z miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania do innego ośrodka celem rehabilitacji/kontynuacji leczenia;
3. transport sanitarny w przypadku konieczności kontynuacji leczenia z miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania do podmiotu leczniczego oraz z podmiotu leczniczego do miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania.

Sporządził:

………………………………………

Tel.:…………………………………..