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

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

\* Dotyczy realizacji § 1 ust. 1 pkt 1 - 4 umowy, tj.:

1. transport sanitarny z pociągu medycznego do podmiotu leczniczego będącego miejscem hospitalizacji (szpitala);
2. transport sanitarny w przypadku zakończenia hospitalizacji w danym podmiocie leczniczym (szpitalu) – z tego podmiotu leczniczego do miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania;
3. transport sanitarny w przypadku konieczności kontynuacji leczenia etapowego – z podmiotu leczniczego (szpitala), w którym pacjent był dotąd hospitalizowany do miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania lub bezpośrednio na kolejny etap hospitalizacji do innego podmiotu leczniczego;
4. transport sanitarny w przypadku konieczności kontynuacji leczenia etapowego - z miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania do podmiotu leczniczego, na kolejny etap hospitalizacji;

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

\*\*Dotyczy realizacji § 1 ust. 1 pkt 5-6 umowy, tj.:

1. transport sanitarny w przypadku konieczności kontynuacji leczenia - z miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania do podmiotu leczniczego oraz z powrotem z tego miejsca do miejsca tymczasowego pobytu/innego miejsca zakwaterowania;
2. transport sanitarny w przypadku konieczności kontynuacji leczenia poza podmiotem leczniczym (szpitalem), w którym osoba aktualnie przebywa – z tego szpitala do innego podmiotu leczniczego, oraz z powrotem do szpitala;

Sporządził (Imię i nazwisko): ……………………………………………………………………………………………………………………………….

Telefon: ……………………………………………………………