Załącznik Nr 2 do umowy 57/2020- przewóz osób na zabiegi hemodializy

 **Wykaz pacjentów zabieranych za Stacji Dializ/z domu pacjenta**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Imię i Nazwisko pacjenta | Zmiana (1,2,3,4) | Potwierdzenie wykonania transportu pacjenta |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Imię i Nazwisko Kierowcy |