

**Zestawienie realizacji umowy o świadczenie usług medycznych w podziale
na poszczególne ośrodki kosztów w miesiącu 20..... r.**

STACJA	Identyfikator zespołu	Liczba godzin
CZĘSTOCHOWA ul. KILIŃSKIEGO 10	S0128	
	S0103	
	S0102	
	S0104	
	POZ T 31	
	POZ T 32	
CZĘSTOCHOWA UL. SIKORSKIEGO	S0110	
	S0106	
	S0108	
CZĘSTOCHOWA UL. REJTANA	S0105	
	S0114	
	S0112	
KŁOMNICE	S0132	
KONIECPOL	S0107	
DĄBROWA ZIELONA	S0116	
POCZESNA	S0130	
BLACHOWNIA	S0120	
JANÓW	S0118	
MYKANÓW	S0134	
TRANSPORT	T 21	
TRANSPORT	T 22	
TRANSPORT	T 23	
TRANSPORT	T 25	
TRANSPORT KONIECPOL POZ	T 26	
TRANSPORT LEKARSKI	T 27	
TRANSPORT RATOWNICZY	T 28	
TRANSPORT SPECJALISTYCZNY	T 29	
TRANSPORT KILIŃSKIEGO	T 30	
Inne –		
Razem		

Zestawienie wypełnia osoba realizująca umowę, która odpowiada za poprawność zestawienia i wyliczeń.