Zał . nr 1 do umowy

EWIDENCJA PRZEBIEGU POJAZDU -

Zgodnie z postępowaniem nr **341(18) 2014-** w miesiącu:.....

DATA	**IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA/PIELĘGNIARKI**	**DANE PACJENTA**			Godzina Wyjazdu	Godzina przyjazdu	**Czytelny podpis osoby korzystającej z jazdy samochodem**	**Podpisy kierowcy**
		NAZWISKO	**Adres**	**Telefon**				
1	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**		
	.							