

Kod Świadczeniodawcy	Nazwa Świadczeniodawcy	Numer umowy	Numer rejonu operacyjnego

Miesięczne sprawozdanie za okres od do dotyczące wprowadzonych, na okres nie dłuższy niż 1 dzień (24 godzin) , zastępczych środków transportu dla zespołów ratownictwa medycznego																	
L.p.	Nazwa kom. organizacyjnej	Kod kom. organizacyjnej (cz. VII kodu resortowego)	Kod zespołu RTM*	Dane środka transportu przypisanego do zespołu RTM w umowie o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej w rodzaju ratownictwo medyczne							Dane zastępczego środka transportu						
				Numer Rejestracyjny	Marka	Model	Numer VIN	Typ ambulansu	Rok produkcji	Okres wyłączenia z dostępności		Numer Rejestracyjny	Marka	Model	Numer VIN	Typ ambulansu	Rok produkcji
										Od	Do						
1.																	
2.																	
3.																	

* 10 znakowy kod zespołu ratownictwa medycznego oparty o kod TERC (TERYT)

Oświadczam, że wyżej wymienione zastępcze środki transportu zespołów ratownictwa spełniają:

a. cechy techniczne i jakościowe określone w Polskich Normach przenoszących europejskie normy zharmonizowane, zgodnie z ustawą z dnia 08 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2006 r., Nr 191, poz 1410 z późn zm.);

b. cechy techniczne i jakościowe określone w obowiązującej Polskiej Normie PN-EN 1789 dla środka drogowego typu B lub typu C.

.....
miejsowość; data

.....
podpis i pieczęć świadczeniodawcy