

Nazwa podmiotu  
REGON podmiotu

**Sprawozdanie z liczby łóżek dostępnych do udzielania świadczeń w okresie od dnia . . . do dnia . . .**

Lp	Nazwa zakładu leczniczego	VII cz. kodu resortowego	VIII cz. kodu resortowego	Nazwa komórki organizacyjnej wg VIII cz. kodu resortowego	Liczba łóżek	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)
1	2	3	4	5	6	7	8
1.							
2.							
3.							
4.							
...							

**Miejscowość i data:**

**Imię i nazwisko Sporządzającego:**

**Nr telefonu:**

**Adres e-mail:**

.....

...  
**Podpis\***  
**osoby upoważnionej**  
**do reprezentowania**  
**podmiotu**

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

**Sprawozdanie z liczby respiratorów dostępnych do udzielania świadczeń w jednoprofilowych szpitalach  
zakaźnych w okresie od dnia . . . do dnia . . .**

Lp	Nazwa zakładu leczniczego	Liczba respiratorów	Data od (RR-MM-DD)	Data do (RR-MM-DD)
1	2	3	4	5
1.				
2.				
3.				
4.				
...				

**Miejscowość i data:****Imię i nazwisko Sporządzającego:****Nr telefonu:****Adres e-mail:**

.....

...

**Podpis\***  
**osoby upoważnionej**  
**do reprezentowania**

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

**Sprawozdanie z realizacji gotowości i dostępności do udzielania świadczeń w okresie od dnia . . . do dnia . . .**

Lp	Kod produktu	Nazwa produktu	Liczba jednostek rozliczeniowych	Wartość jednostki rozliczeniowej	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6=4*5
1.					
2.					
3.					
4.					
...					
RAZEM					- zł

**Miejscowość i data:**

**Imię i nazwisko Sporządzającego:**

**Nr telefonu:**

**Adres e-mail:**

.....  
**Podpis\***  
**osoby upoważnionej**  
**do reprezentowania**  
**podmiotu**

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Nazwa podmiotu  
REGON podmiotu

**Sprawozdanie z realizacji świadczeń w okresie od dnia . . . do dnia . . .**

Lp	Identyfikator pacjenta *	Kod produktu	Nazwa produktu	Data od (DD-MM-RR)	Data do (DD-MM-RR)	Liczba jednostek rozliczeniowych	Wartość jednostki rozliczeniowej	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6	7	8	9=7*8
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
...								
RAZEM								- zł

\* nr PESEL, a w przypadku jego braku seria i nr dokumentu tożsamości

**Miejscowość i data:**

**Imię i nazwisko Sporządzającego:**

**Nr telefonu:**

**Adres e-mail:**

.....  
**Podpis \*\***

**osoby upoważnionej  
do reprezentowania podmiotu**

\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

## Sprawozdanie z realizacji gotowości w zakresie transportu sanitarnego w okresie od dnia . . . do dnia . . .

Lp	Kod produktu	Nazwa produktu	Liczba zespołów (iloczyn liczby dni oraz liczby zespołów pozostających w gotowości w danym okresie sprawozdawczym)	Wartość jednostkowa gotowości w zł	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6=4*5
1.	99.01.0001	Opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez 1 osobę			
2.	99.01.0003	Opłata ryczałtowa za gotowość do transportu sanitarnego realizowanego przez zespół co najmniej dwuosobowy			
RAZEM					- zł

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....

.....  
Podpis\*

\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem

Nazwa podmiotu

REGON podmiotu

## Sprawozdanie z realizacji transportu sanitarnego w okresie od dnia . . . do dnia . . .

Lp	Identyfikator pacjenta *	Nr rejestracyjny pojazdu, którym wykonany został transport	Data transportu (DD-MM-RR)	Godzina rozpoczęcia transportu (HH-MM)	Godzina zakończenia transportu (HH-MM)	Kod produktu	Nazwa produktu	Wartość w zł
1	2	3	4	5	6	7	8	9
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
...								
RAZEM								- zł

\* nr PESEL, a w przypadku jego braku seria i nr dokumentu tożsamości

Miejscowość i data:

Imię i nazwisko Sporządzającego:

Nr telefonu:

Adres e-mail:

.....

**Podpis\*\***  
osoby upoważnionej  
do reprezentowania podmiotu

\*\* kwalifikowany podpis elektroniczny albo pieczęć/nadruk/naklejka podmiotu zawierające nazwę, adres, NIP i REGON wraz z podpisem