

KARTA PRACY NR

Załącznik nr 3 do Umowy

STRONA: [1 - 2]* [3 - 4]* [5 -6] [7-8] [9-10]*

D.	M.	Rok	Ilość godzin dyżurowych	Czas trwania dyżuru od godz. - do godz.	Nr rejestracyjny pojazdu	Imię i nazwisko kierowcy			System pracy*)		Krótki wpis przy zleceniu informujący o nagłej zmianie stanu zdrowia pacjenta w trakcie transportu np. zatrzymanie krążenia, utrata przytomności, itp.****
						Imię i nazwisko dodatkowego uczestnika zespołu			Got.	Dyż.	
*/ niepotrzebne skreślić											
Wypełniają Przedstawiciele wykonującego usługę							Wypełniają Przedstawiciele Przekazującego/Przyjmującego pacjenta				
L.p.	Nr zlec. Dysp.	Skąd	Ośrodek Kosztów Zlecającego	Opis zlecenia: Nazwisko i imię pacjenta, pozycja transportu np. N-leżąca, Ch-chodząca, materiał do badań, inne	Dotyczy KR-K**) km ***)	Faktyczny czas wykonania przewozu <u>od godz. do godz.</u>	Dotyczy przejęcia pacjenta przez transportujących		Dotyczy przekazania pacjenta przez transportujących		
		Dokąd					Godzina przejęcia	Pieczętka imienna lub czytelny podpis osoby przekazującej pacjenta	Godzina przekazania	Pieczętka imienna lub czytelny podpis osoby przyjmującej pacjenta	
1											
2											
3											
4											
5											

Wypełniają Przedstawiciele wykonującego usługę							Wypełniają Przedstawiciele Przekazującego/Przyjmującego pacjenta				Krótki wpis przy zleceniu informujący o nagłej zmianie stanu zdrowia pacjenta w trakcie transportu np. zatrzymanie krążenia, utrata przytom.itp.****
L.p.	Nr. zlec. Dysp.	Skąd	Ośrodek Kosztów Zlecającego	Opis zlecenia: Nazwisko i imię pacjenta, pozycja transportu np. N-leżąca, Ch-chodząca, materiał do badań, inne	Dotyczy KR-K**) km ***)	Faktyczny czas wykonania przewozu <u>od godz. do godz.</u>	Dotyczy przejęcia pacjenta przez transportujących		Dotyczy przekazania pacjenta przez transportujących		
		Dokąd					Godzina przejęcia	Pieczętka imienna lub czytelny podpis osoby przekazującej pacjenta	Godzina przekazania	Pieczętka imienna lub czytelny podpis osoby przyjmującej pacjenta	
6											
7											
8											
9											

Pieczęć firmowa i podpis upoważnionego przedstawiciela Wykonawcy	Podpis Kierowcy	Podpis Dyspozytora	Podpis upoważnionego pracownika Sekcji Administracji

	KRK(**)	km(***)
Razem		

**) - usługa wykonywana w granicach administracyjnych miasta Krakowa

***) - usługa wykonywana poza granicami administracyjnymi miasta Krakowa.

****) - wpis o nagłej zmianie stanu zdrowia pacjenta zobowiązuje obligatoryjnie do wypełnienia załącznika o nazwie "Zamiana stanu zdrowia poacjenta transportowanego"

Uwaga! Za 1 zlecenie uznawane będą wszystkie przejazdy pojazdem wraz z zespołem wyjazdowym Wykonawcy od chwili zabrania pacjenta(ów), sprzętu(ów), materiału(ów), wyniku(ów) badań lub zespołu wyjazdowego z miejsca wskazanego przez Dyspozytora, do chwili przewiezienia pacjenta(ów), sprzętu(ów), materiału(ów), wyniku(ów) badań lub zespołu wyjazdowego Zamawiającego do miejsca wskazanego przez Dyspozytora. W sytuacji kiedy Wykonawca zostanie zobowiązany przez Dyspozytora do przewiezienia więcej niż jednego pacjenta, sprzętu, materiałów, wyników badań, przewozy te będą traktowane jako jedno zlecenie. Wówczas w Karcie Pracy dane zlecenie będzie zaznaczone przez połączenie ukośnikiem danych pozycji pracy wchodzącej w zakres danego zlecenia (dane zlecenie będzie miało przypisany swój numer)