

Allegato a Capitolato Speciale

FACSIMILE BOLLA DI SERVIZIO TRASPORTO PAZIENTI

BOLLA DI SERVIZIO n.: _____

RICHIEDENTE: _____

TRASPORTATO DA: _____

A: _____

SIG.: _____

_____ ETA': _____

DOMICILIATO IN: _____

NOTE: _____

DATA: _____

COMPONENTI DELL'EQUIPAGGIO
(indicare nome e cognome)

Km. entrata: _____ ora: _____

Km. uscita: _____ ora: _____

Km. eff.ti: _____

N° AMBULANZA.: _____

Km EXTRAURBANA: _____

FERMO MACCHINA ECCEDENTE (per ogni ora o frazione eccedente la prima di attesa per singola tratta ed eccedente la prima ora e mezza di attesa per doppia tratta): h. _____

(SPAZIO RISERVATO PER LA VIDIMAZIONE DA PARTE DELLA STRUTTURA SANITARIA OVE E' AVVENUTO IL TRASPORTO.)