

Pieczęć komórki organizacyjnej

Krasnystaw, dnia

**Zlecenie na transport sanitarny
w ramach POZ (NŚOZ)**

Proszę o przewiezienie lekarza/pielęgniarki
(imię i nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu)

w celu w miejscu zamieszkania/pobytu pacjenta:

imię i nazwisko pacjenta d/m/r urodzenia

adres zamieszkania /pobytu pacjenta:

Data, godzina i minuta zgłoszenia potrzeby transportu sanitarnego

Dane przyjmującego zlecenie

Potwierdzenie realizacji transportu w dniu o godzinie – potwierdzenie dokonywane przez
przedstawiciela SPZOZ w Krasnymstawie

(czytelny podpis)

Liczba przejechanych kilometrów – wskazuje podmiot wykonujący transport

(czytelny podpis)

.....
Czytelny podpis i pieczęć osoby zlecającej