

Krasnystaw, dnia .....

Pieczęć komórki organizacyjnej

**Zlecenie na transport sanitarny  
w ramach Nocnej i Świątecznej Opieki Zdrowotnej (TNS)**

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