

pieczęć jednostki kierującej, adres, telefon, kod, nazwa komórki organizacyjnej
NIP świadczeniodawcy, adres Pokrywającego koszty usługi.

ZLECENIE NA ODPLATNY TRANSPORT SANITARNY



wykonany przez zespół Transportowy

Proszę o przewiezienie chorego(ej).....
imię i nazwisko

.....lat.....
adres.....

PESEL telefon.....

rozpoznanie.....
w języku polskim

.....kod(ICD10).....

Z.....
nazwa jednostki, adres

w dniu.....o godzinie.....

w pozycji.....do.....

.....
nazwa jednostki, adres

cel przewozu (uzasadnienie).....

.....

rodzaj transportu sanitarnego.....

.....

.....

.....
podpis pieczętka lekarza data

Wyrażam zgodę na pokrycie kosztów transportu wg aktualnego cennika.

.....
czytelny podpis pokrywającego koszt usługi