Załącznik nr 4 do Umowy

Pieczątka komórki organizacyjnej (szpitala) ..... dnia .....

ZLECENIE NA TRANSPORT PACJENTA

Proszę o transport pacjenta..... lat .....
Nazwisko i imię

z ..... + ...
opiekun prawny opiekun medyczny

w dniu ..... godz. ..... z .....
adres szpitala

..... z oddziału..... w pozycji .....

do .....
Miejsca zamieszkania – szpital,pracownia - dokładny adres

Rozpoznanie:

.....

.....

....
Zalecenia kierującego Lekarz kierujący podpis, pieczątka

.....
Rodzaj transportu "S"
PILNE; CITO NA "SYGNALE"