

<p>TRANSPORT SANITARNY Mazowiecki Szpital Specjalistyczny im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce Al. Jana Pawła II 120A, 07-410 Ostrołęka</p>	<p>ZLECENIE WYJAZDU Nr - transport natychmiastowy/CITO - transport specjalistyczny lub sanitarny pacjenta do domu w dniu</p>
<p>Telefony:, kom.(w dni robocze od 7⁰⁰ do 18⁰⁰) (w dni robocze od 18⁰⁰ do 7⁰⁰, a w pozostałe dni całodobowo), (alarmowy)</p>	
<p>1. Wyjazd do (adres) 2. Uwagi zlecającego 3. Cel przewozu..... 4. Chory 5. Rok urodzenia Płeć: M K 6. Zlecający tel. 7. Godzina zgłoszenia 8. Termin podstawienia ambulansu *..... 9. Godzina dotarcia do celu ambulansu 10. Informacja dodatkowa na temat wyjazdu **..... 11. Informacja dotycząca konieczności wysłania 2 zespołów (np. waga pacjenta)*</p> <p>Podpis i pieczętka Ordynatora (Dyrektora) ***</p>	<p>Wypełnia Zamawiający</p>
<p>12. Godzina wyjazdu powrotu..... 13. Adres stałego zamieszkania chorego..... 14. Imię i Nazwisko ewent. Opiekuna..... 15. Pesel 16. Nr ubezpieczenia 17. Przewóz skąd dokąd 18. Liczba kilometrów przejechanych w związku z usługą 19. Nr karetki 20. Zespół sanitariusz/ratownik kierowca</p> <p>Podpis Wykonawcy</p>	<p>Wypełnia Wykonawca</p>
<p>Potwierdzenie wykonania usługi 21. Liczba kilometrów przejechanych w związku z usługą</p> <p>Czytelny podpis Zamawiającego</p>	<p>Wypełnia Zamawiający</p>
<p>22. Uwagi dotyczące przebytej trasy</p>	<p>Wypełnia Wykonawca</p>

* – dotyczy wyjazdów planowych pacjentów (np. na badanie diagnostyczne itp.).

** - np. data i godzina wykonania badania w miejscu docelowym wyjazdu.

***- obowiązek bezwzględnego podpisu.