

<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</p> <p>- transport natychmiastowy/CITO - transport specjalistyczny lub sanitarny pacjenta do domu</p> <p>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)</p> <p>2. Uwagi zlecającego</p> <p>3. Cel przewozu.....</p> <p>4. Chory</p> <p>5. Rok urodzenia Płeć: M K</p> <p>6. Zlecający tel.</p> <p>7. Godzina zgłoszenia</p> <p>8. Termin podstawienia ambulansu *</p> <p>9. Godzina dotarcia do celu ambulansu</p> <p>10. Informacja dodatkowa na temat wyjazdu **</p> <p>11. Informacja dotycząca konieczności wysłania 2 zespołów (np. waga pacjenta)*</p> <p>.....</p> <p>Podpis i pieczęćka Ordynatora (Dyrektora) ***</p>	<p>Wypełnia Zamawiający</p>
<p>12. Godzina wyjazdu powrotu.....</p> <p>13. Adres stałego zamieszkania chorego.....</p> <p>.....</p> <p>14. Imię i Nazwisko ewent. Opiekuna.....</p> <p>15. Pesel</p> <p>16. Nr ubezpieczenia</p> <p>17. Przewóz skąd dokąd</p> <p>18. Liczba kilometrów przejechanych w związku z usługą</p> <p>19. Nr karetki</p> <p>20. Zespół sanitariusz/ratownik kierowca</p> <p>Podpis Wykonawcy</p>	<p>Wypełnia Wykonawca</p>
<p>Potwierdzenie wykonania usługi</p> <p>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.

Załącznik nr 2 do umowy

Zestawienie miesięczne przejechanych kilometrów w okresie od dnia do dnia

Lp.	Data wyjazdu	Numer zlecenia wyjazdu	Trasa	Ilość kilometrów
1	2	3	4	5

.....
podpis Wykonawcy

Wykonawca

Zamawiający



Załącznik nr 4 do umowy

KARTA ZGŁOSZENIA NIEPRAWIDŁOWOŚCI

Nazwa komórki Organizacyjnej

Data i godzina zgłoszenia uchybienia

Uchybienie dotyczy wykonania usługi przez Firmę:

Uchybienie dotyczy:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

....., dnia

.....
Czytelny podpis/pieczętka
wytypowanego pracownika nadzoru
usługi ze strony Wykonawcy

.....
Czytelny podpis osoby zgłaszającej

.....
Podpis i pieczęć Zamawiającego

