



**MAG-MED.
RATOWNICTWO
TRANSPORT MEDYCZNY
Email: magmedustka@interia.pl
DYSPOZYTOR DYŻURNY
0-608-765-630 lub 0-781-051-477**

Formularz zamówienia transportu medycznego nr /09

Transport zlecony przez

Chorego
Rodzinę chorego
Lekarza POZ
Inną placówkę medyczną
Telefon kontaktowy

Dane chorego

Imię
Nazwisko.....
Adres.....
Nip

Miejsce pobytu pacjenta

Adres domowy.....
Oddział.....szpitala wul.....

Miejsce docelowe przewozu medycznego

Adres domowy.....
Oddział.....szpitala wul.....

DATA PRZYJĘCIA ZAMÓWIENIA.....GODZINA.....

DATA WYKONANIA TRANSPORTU.....

GODZINA PRZYBYCIA DO PACJENTA.....

LICZBA KILOMETRÓW W ZWIĄZKU Z USŁUGĄ.....

DO ZAPŁATY:

.....KM x ZŁ/KM +h x zł/h =.....

PODPIS ZAMAWIAJĄCEGO

.....

MAG-MED.
RATOWNICTWO
TRANSPORT MEDYCZNY
Email:
magmedustka@interia.pl
DYSPOZYTOR DYŻURNY
0-608-765-630 lub 0-781-051-