**ZLECENIE NR…… NA TRANSPORT SANITARNY**

**CZĘŚĆ I – dane dotyczące transportu** (wypełnia Zamawiający)

Zamawiający:

Mazowiecki Urząd Wojewódzki w Warszawie

Wydział Zdrowia

tel. 22 695 69 00, wz@mazowieckie.pl,

Wykonawca:

………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………

**DANE DOTYCZĄCE PACJENTA:**

**Imię i Nazwisko pacjenta: …………………………………………………………………………………………………**

Data urodzenia/Wiek: **……………**

PESEL: brak danych

Dodatkowe informacje o pacjencie: ……………………………………………………………………………………….

Opis stanu zdrowia:………………………………………………………………………………………………………..……….

**DANE DOTYCZĄCE TRANSPORTU:**

**I. Data transportu**:…………………………………………………………………………………………………………………

Miejsce odbioru pacjenta (nazwa, adres, kontakt): ………………………………………………………………..

Dodatkowe informacje (np. konkretne miejsce odbioru):……………………………………………………….

Data i godzina odbioru pacjenta: ……………………………………………………………………………………………

Miejsce docelowe przewozu (nazwa, adres, kontakt):…………………………………………………………….

**II. Data transportu**:…………………………………………………………………………………………………………………

Miejsce odbioru pacjenta (nazwa i adres): ……………………………………………………………………………..

Dodatkowe informacje (np. konkretne miejsce odbioru):……………………………………………………….

Data i godzina odbioru pacjenta: ……………………………………………………………………………………………

Miejsce docelowe przewozu (nazwa i adres):………………………………………………………………………….

**Zatwierdził:**

**…………………………………………….**

**Dyrektor Wydziału Zdrowia**

**Część II – realizacja zlecenia (uzupełnia Wykonawca)**

**Dotyczy zlecenia nr…………………….**

**I. Data transportu:…………………………………………………………………………………………………………………**

**Potwierdzenie odbioru pacjenta przez zespół transportu sanitarnego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data odbioru pacjenta | Godzina odbioru pacjenta | Pieczęć lub/i podpis osoby przekazującej pacjenta zespołowi realizującemu zlecenie na transport sanitarny |
|  |  |  |

**Potwierdzenie przekazania pacjenta przez zespół transportu sanitarnego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data przekazania pacjenta | Godzina przekazania pacjenta | Pieczęć lub/i podpis osoby odbierającej pacjenta z zespołu realizującego zlecenie na transport sanitarny |
|  |  |  |

**II. Data transportu:…………………………………………………………………………………………………………………**

**Potwierdzenie odbioru pacjenta przez zespół transportu sanitarnego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data odbioru pacjenta | Godzina odbioru pacjenta | Pieczęć lub/i podpis osoby przekazującej pacjenta zespołowi realizującemu zlecenie na transport sanitarny |
|  |  |  |

**Potwierdzenie przekazania pacjenta przez zespół** **transportu sanitarnego**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data przekazania pacjenta | Godzina przekazania pacjenta | Pieczęć lub/i podpis osoby odbierającej pacjenta z zespołu realizującego zlecenie na transport sanitarny |
|  |  |  |

**Zatwierdził:**

**…………………………………………….**