

....., dn. ....  
miejsowość data

Pieczętka Zakładu Kierującego

### Zlecenie przewozu pacjenta

Proszę o przewiezienie pacjenta: .....  
nazwisko, imię

PESEL: ..... w dniu ..... godzina zgłoszenia ..... :

karetką specjalistyczną (z opieką lekarską) / karetką podstawową (bez opieki lekarskiej)

w pozycji ..... do następującego miejsca:

.....  
nazwa zakładu / szpitala lub miejsca zamieszkania, adres

Cel: .....

.....  
Lekarz kierujący / Ordynator / Dyrektor

---

### Potwierdzenie przyjazdu pacjenta

Potwierdzam przyjazd wyżej wymienionego pacjenta do .....

..... w dniu ..... o godzinie ..... :

.....  
pieczętka i podpis

---

### Potwierdzenie wykonania usługi

.....  
miejsowość, data

Pieczętka Zleceniobiorcy

Godzina wyjazdu z bazy (wypełnia kierowca) : ..... :

Godzina wyjazdu z pacjentem (wypełnia kierowca) : ..... :

Godzina przyjazdu z pacjentem do miejsca docelowego (wypełnia kierowca): ..... :

Liczba przebytych kilometrów w związku z wykonaniem usługi (wypełnia kierowca): .....km

.....  
Podpis