

**ZLECENIE NA SPECJALISTYCZNY TRANSPORT**

Pieczęć jednostki kierującej

PACJENTA**RODZAJ TRANSPORTU:****CITO***☐**PLANOWANY****☐**UZGODNIONY*****☐**PACJENT (imię i nazwisko)**.....**PESEL**

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ROZPOZNANIE (kod ICD-10).....**DATA I GODZINA USTALONEGO TRANSPORTU****TRASA TRANSPORTU: z**

adres

do

adres

ZAKRES USŁUGI:☐**KONSULTACJA LEKARZA SPECJALISTY W INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM**☐**BADANIA DIAGNOSTYCZNE W INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM**☐**KONTYNUACJA LECZENIA W INNYM PODMIOCIE LECZNICZYM****POZYCJA:**

Siedząca

☐

Leżąca

☐

Zgłoszenie transportu

przez lekarza zlecającego: datagodzinapodpis i pieczęć lekarza zlecającego transport.....

Zgłoszenie się zespołu

realizującego usługę w miejscu

przekazania pacjenta: datagodzina.....podpis i pieczęć lekarza przekazującego pacjenta.....

Podpis i pieczęć lekarza przejmującego pacjenta celem realizacji usługi.....

* w przypadku zamówień „na cito” – realizacja usługi odbywać się będzie przez natychmiastowy wyjazd wolnego specjalistycznego zespołu transportu sanitarnego o najkrótszym czasie dotarcia do siedziby Zamawiającego, przy czym czas reakcji od momentu zgłoszenia do momentu przyjazdu pojazdu do placówki Zamawiającego nie może przekraczać minut (zgodnie z ofertą)

**realizacja usługi odbywać się będzie w czasie zgodnym ze zgłoszeniem określającym datę i godzinę, z zastrzeżeniem, że transport będzie zlecany do godziny 18.00 dnia poprzedniego

***realizacja usługi odbywać się będzie w przypadku zamówień zlecanych w danym dniu lub w dniu poprzedzającym po godz. 18.00 innych niż "na cito" – w czasie uzgodnionym przez Zamawiającego z Wykonawcą,

☐

- proszę zaznaczyć właściwy kwadrat.