…………………………………………..

Data (dzień-miesiąc-rok)

Pieczęć jednostki kierującej

**ZLECENIE NA TRANSPORT SANITARNY**

Proszę o przewiezienie chorego (ej) …………………………………………………………………………………………………

(imię i nazwisko)

adres zamieszkania ………………………………………………………………………………………………………………………….

PESEL ……………………………………………………………..……… , Telefon …………………………….………………………….

Rozpoznanie …………………………………………………………………………………………………………………………………….

z (adres) …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

w dniu …………………………………………………………………………….., o godz. …………………………………………………

w pozycji …………………………………………………. do izolatorium w Jasionce (Pałac Ostoya, Jasionka 1A)

(siedzącej / leżącej)

Cel przewozu: transport do miejsca izolacji z powodu dodatniego wyniku testu na COVID-19

…………………………………………..

podpis i pieczątka lekarza