



Bytom/Zabrze, dn.

**WNIOSEK O TRANSPORT SANITARNY
realizowany na koszt świadczeniodawcy
do najbliższego podmiotu leczniczego
udzielającego świadczeń we właściwym zakresie**

IMIĘ I NAZWISKO PACJENTA:

ADRES ZAMIESZKANIA (z którego ma odbyć się transport):

TELEFON KONTAKTOWY:

TERMIN WIZYTY:

GODZINA WIZYTY:

NAZWA PORADNI:

UZASADNIENIE (rodzaj/stopień dysfunkcji narządu ruchu uniemożliwiający korzystanie ze środków transportu publicznego)

.....
.....
.....
.....
.....

.....
Podpis i pieczęć lekarza

WYPEŁNIONY WNIOSEK W TERMINIE CO NAJMNIEJ 5 DNI ROBOCZYCH PRZED PLANOWNĄ DATĄ WIZYTY NALEŻY PRZEKAZAĆ DO REJESTRACJI LUB PRZESŁAĆ NA ADRES SPÓŁKI

DATA WPŁYWU WNIOSKU:

OPINIA DZIAŁU ANALIZ I ROZLICZEŃ:

Zatwierdzam:

.....
Podpis i pieczęć Prezesa Zarządu