

Z L E C E N I E**PRZEWÓZ OSÓB NA DIALIZOTERAPIĘ**

(z podziałem na grupy przewożone jednym środkiem transportu)

Dzień dializoterapii : **Zmiana :** **Rejon :**

| Lp. | Nazwisko i imię przewożonej osoby / osób | Trasa przejazdu : adres zamieszkania przewożonych osób | Godzina przyjazdu do Stacji Dializ | Obsada pojazdu : (zaznaczyć gdy wymagana jest pomoc dodatkowej osoby) | Uwagi |
|------------|---|---|---|--|--------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

.....
(CZYTELNY PODPIS osoby odbierającej ZLECENIE).....
(podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej)
ZLECAJĄCY.....
(data i godzina)