

**Z L E C E N I E**  
**PRZEWÓZ OSÓB NA DIALIZOTERAPIĘ**  
(z podziałem na grupy przewożone jednym środkiem transportu)

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

<b>Lp.</b>	<b>Nazwisko i imię osoby przewożonej</b>	<b>Trasa przejazdu : adres zamieszkania przewożonych osób</b>	<b>Godzina przyjazdu do Stacji Dializ</b>	<b>Rodzaj pojazdu obsada pojazdu : (zaznaczyć gdy wymagana jest pomoc dodatkowej osoby)</b>	<b>Uwagi</b>

.....  
(CZYTELNY PODPIS osoby odbierającej ZLECENIE

.....  
(podpis i pieczęć imienna osoby uprawnionej)  
ZLECAJĄCY

.....  
( data i godzina )