

Załącznik nr 4 do SWZ

Toszek, dnia .....

**ZLECENIE KONWOJOWANIA PACJENTA**

Zwracam się z prośbą o konwojowanie chorego

.....

*/imię i nazwisko/*

w dniu .....od godz. ....do godz. .... z

Oddziału V Psychiatrycznego Sądowego\*/, Oddziału VII Psychiatrycznego Sądowego

Odwykowego\*/, Oddziału XVII Psychiatrycznego Sądowego dla Nieletnich o

Wzmocnionym Zabezpieczeniu\*/ Izby Przyjęć\* SP ZOZ Szpitala Psychiatrycznego w

Toszku do

.....

*\* niepotrzebne skreślić*

*Podpis lekarza zlecającego*

.....