

**KSIĄŻKA EWIDENCJI
TRANSPORTU SANITARNEGO
NR**

Od dnia

Do dnia

*Pieczątka komórki organizacyjnej z jej kodem
identyfikacyjnym*

Lp.	Data	Oddział	Lekarz zlecający / komórka zlecająca	Godzina i minuta			Imię i nazwisko pacjenta
				wezwania	wyjazdu	powrotu	

Rodzaj transportu	Powód wezwania	Przewóz dokąd	Przewóz realizował	Podpis osoby wzywającej	Uwagi