Znak sprawy: 9/ WOMP – ZCLiP / 2026

Załącznik Nr 2 do umowy Nr …../Z/WOMP-ZCLiP/2026

Szczecin, dnia .....

Pieczęć jednostki:

INFORMACJA DLA PACJENTA PO ODMOWIE TRANSPORTU SANITARNEGO

PACJENT NIE WYRAŻA ZGODY NA TRANSPORT SANITARNY

.....
podpis

PACJENT, KTÓRY NIE ZOSTAŁ PRZETRANSPORTOWANY PRZEZ ZESPÓŁ TRANSPORTU SANITARNEGO ZOBOWIĄZANY JEST POINFORMOWAĆ O TYM FAKCIE LEKARZA PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ !!!