

Załącznik nr 4 do SWZ

Toszek, dnia

ZLECENIE KONWOJOWANIA PACJENTA

Zwracam się z prośbą o konwojowanie chorego

.....

/imię i nazwisko/

w dniuod 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

.....