

.....  
.....  
Dane osoby wnioskującej  
(imię i nazwisko, adres, nr telefonu)

.....  
.....  
(Dane świadczeniodawcy POZ z nr umowy z NFZ)

**WNIOSEK O ZLECENIE TRANSPORTU SANITARNEGO W POZ  
(na odległość tam i z powrotem, powyżej 120 km)**

Zwracam się o zlecenie transportu sanitarnego dla .....

....., numer PESEL |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|, zamieszkałego w:

.....  
znajdującego się na liście świadczeniobiorców zadeklarowanych do lekarza poz:

.....  
(imię i nazwisko lekarza)

celem przewiezienia .....

do .....

i z powrotem\*, w związku z zakończeniem/ koniecznością kontynuacji\* leczenia.

**Uzasadnienie wniosku**

.....  
miejsowość, data

.....  
czytelny podpis osoby wnioskującej

Załączniki:

- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń szpitalnych \*
- zaświadczenia od świadczeniodawcy udzielającego świadczeń ambulatoryjnej opieki specjalistycznej \*

**Potwierdzam zasadność realizacji świadczenie transportu sanitarnego we wskazanym  
powyżej zakresie oraz wskazuję, jako realizatora przewozu .....**

.....  
.....  
(Dane świadczeniodawcy realizującego transport sanitarny z nr telefonu)

.....  
Miejscowość, data

.....  
podpis i pieczętka lekarza POZ

\*niepotrzebne skreślić

**Data potwierdzenia wniosku w OW NFZ .....**

.....  
(podpis i pieczętka przyjmującego wniosek)