

.....
(pieczęćka zlecającego)

ZLECENIE UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH –*

Lp.	Imię i nazwisko pacjenta	PESEL	Zakres świadczeń	Badanie PILNE* PLANOWE*	Miejsce udzielania świadczeń	Numery telefonów kontaktowych**
1.						
2.						
3.						
4.						

Terminy na udzielenie ww. świadczeń zdrowotnych należy umawiać po wcześniejszym uzgodnieniu telefonicznym.

*) wpisać odpowiednio
**) telefon do udzielającego zamówienie

Lubartów, dnia r.

.....
/Podpis Udzielającego zamówienia /

.....
/Podpis Przyjmującego zamówienie/