

FORMULARZ -Transport medyczny

Nazwa Firmy			
Adres (ulica, miejscowość, miasto)			
Rok rozpoczęcia działalności		Nr wpisu do Ewid./Licencja/Koncesja	
Godziny Pracy transportu medycznego			
Główny nr telefonu			
Nr telefonu czynny 24h			
FAX			
email			
www			
Dyrektor/właściciel			
Bezpośredni telefon			
Bezpośredni email/fax			
Języki obce			
Nr konta bankowego			
Nazwa i adres banku			
Ubezpieczenie OC w działalności zawodowej		Nazwa TU	
Nr NIP			

Zakres oferowanych usług

Prosimy o zaznaczenie rodzaju usług, które jesteście Państwo gotowi świadczyć każdorazowo na nasze zlecenie

	Godziny	Obszar	UWAGI
Transport osobowy			
Transport sanitarny w Polsce			
Transport międzynarodowy			
Dostarczenie leków			
Organizacja wizyty domowej	Internista		
	Pediatra		

Pielęgniarka

POJAZDY do transportu medycznego

MARKA	MODEL	Nr rejestracyjny	Rok produkcji	TYP	WYPOSAŻENIE
1.					
2.					
3.					
4.					
5.					
6.					
7.					
8.					

OŚWIADCZENIE

Zobowiązuję się zapewnić gotowość do wykonywania usług w możliwie najkrótszym czasie od momentu przyjęcia zgłoszenia, a swoją pracę wykonywać z zachowaniem należytej staranności, rzetelności, zgodnie z przepisami prawa oraz ze wskazaniem aktualnej wiedzy medycznej.

.....
Podpis i data

Do czytelnie wypełnionego formularza prosimy dołączyć:

- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej
- Ksero: regon/NIP/ubezpieczenia/
- Zezwolenie na przewóz osób (jeśli jest)
- zdjęcia pojazdów
- certyfikat karetki