Miejscowość, ………2021r.

Komenda Powiatowa

Państwowej Straży Pożarnej

w Suchej Beskidzkiej

ul. Makowska 26

34-200 Sucha Beskidzka

Koordynator ds. transportu Gminy …………. przesyła informację na temat potrzeby zapewnienia transportu pacjenta do punktu szczepień:

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Imię i nazwisko** | **adres** | **termin szczepienia** | **miejsce**  **szczepienia** | **liczba osób** | **imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej za transport** | **uwagi** |
| 1. |  |  | Data  Godz.: ………. |  |  |  | - wymaga/nie wymaga specjalnego środka transportu  - podróż z opiekunem/ bez opiekuna (wymaga/ nie wymagana pomoc strażaków) |

Imię i nazwisko osoby odpowiedzialnej

Gminny/Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej

W …………………..

Tel.: ………………………….