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. |  |  | DataGodz.: ………. |  |  |  | - 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.: ………………………….