



**SZPITAL KLINICZNY IM. DR. EMILA WARMIŃSKIEGO POLITECHNIKI BYDGOSKIEJ  
SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ W BYDGOSZCZY**

Nr ks. rej.: 000000002247 REGON: 092354746-00027 NIP: 9532293970  
ul. Szpitalna 19, 85-826 Bydgoszcz  
Tel. 52 370 91 02  
szpital.pbs.edu.pl, e-mail: sekretariat@szpital.pbs.edu.pl

Bydgoszcz, dnia

**PR4\_PJ3\_F2\_w7**

**ZOBOWIĄZANIE DO POKRYCIA KOSZTÓW  
ŚWIADCZENIA TRANSPORTOWEGO**

Imię i nazwisko Pacjenta:

Adres:

PESEL Pacjenta:

Nr księgi głównej:

Koszt całkowity  koszt częściowy - 60%

Ja niżej podpisany/a, zobowiązuję się do pokrycia kosztów świadczenia transportu sanitarnego udzielonego mi przez Szpital Kliniczny im. dr. E. Warmińskiego Politechniki Bydgoskiej w Bydgoszczy zgodnie z obowiązującym cennikiem usług transportowych.

Faktura za wykonaną usługę zostanie przesłana pocztą na adres (wskazany przez pacjenta):

Ilość kilometrów:

Czas przejazdu:

Kwota do zapłaty:

Słownie:

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis pacjenta</i>

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<i>Data</i>	<i>Podpis kierowcy</i>