

SP ZOZ LOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE

Centrum Operacyjne (24 godz.): tel.: (022) 22-99-999 faks: (022) 22-99-993 www.lpr.com.pl

ZLECENIE NA ODPLATNY TRANSPORT LOTNICZY - LOT SPECJALNY

Należność za transport płatna wg cennika SP ZOZ LPR



1. Wskazany termin transportu

Data: D D M M R R R R	Godzina: G G : M M
---------------------------------------	------------------------------

2. Zlecaniodawca

Nazwa (do faktury VAT)	Adres	NIP:
		Podpis i pieczęć osoby upoważnionej do wezwania
Telefony kontaktowe	Fax	

3. Miejsce wezwania

Miejscowość / Miasto	Gmina	współrzędne lądowiska:
		N _ _ _ ° _ ' _ _ _ "
Telefony kontaktowe		E _ _ _ ° _ ' _ _ _ "

4. Miejsce docelowe transportu

Miejscowość / Miasto	Gmina	współrzędne lądowiska:
		N _ _ _ ° _ ' _ _ _ "
Telefony kontaktowe do transportowanych		E _ _ _ ° _ ' _ _ _ "

5. Dane dotyczące osób transportowanych

Imię i nazwisko:	☐ kobieta ☐ mężczyzna
Imię i nazwisko:	☐ kobieta ☐ mężczyzna
☐ pies	masa psa wraz z klatką kg
☐ dodatkowy sprzęt	masa skrzyń ze sprzętem kg
☐ dodatkowy sprzęt	kg
	kg
☐ potwierdzenie aktualnych szczepień psa	

uwagi:

6. Cel transportu

- A. Współpraca z grupami poszukiwawczo-ratowniczymi PSP
- B. Współpraca z grupami wysokościowymi PSP
- C. Współpraca z grupami wodno-nurkowymi PSP
- D. Transport specjalistów innych specjalizacji

Cel transportu *	A	B	C	D
* właściwe zakreslić				

7. Dyspozytor Centrum Operacyjnego SP ZOZ LPR

podpis	numer zlecenia	data i godzina wpłynięcia zlecenia
		D D M M R R R R G G : M M

Wpisów należy dokonywać drukowanymi literami