TP20161024-0681

SUMMA 112
SaludMadrid
Comunidad de Madrid

Justificante de Solicitud de Transporte Sanitario No Urgente.

El/La Doctor/a D/Dña. [redacted] ha solicitado el día **24 /10 /2016** un servicio de Transporte Sanitario No Urgente para realizar el traslado de D/Dña. [redacted] con las siguientes caracterísiticas:

Fecha de realización del traslado **24/10/2016**
Fecha de finalización del traslado **24/10/2016**
Hora de cita de la prestación: **16 :00**

Lugar dónde hay que recoger al paciente: **COSLADA - H. DEL HENARES /** [redacted]
Lugar dónde hay que llevar al paciente: **LA PRINCESA //DIEGO DE LEÓN, 62**
Lugar dónde hay que devolver al paciente:

El traslado es de Ida
Motivo del traslado : **PRESTACION SANITARIA** Tipo de Traslado: **INDIVIDUAL**

Condiciones especiales solicitadas: **OXIGENO; CAMILLA; ACOMPAÑANTE; CAMILLERO;**

Le indicamos que el número **653047829** sera utilizado para informarle de cualquier tipo de información relativo a su traslado de ambulancia no urgente.

Ante cualquier duda o problema o incidencia puede llamar al teléfono 914689099

	Lunes	Martes	Miercoles	Jueves	Viernes	Sabado	Domingo
Hora Ida							
Hora Vuelta							

Los datos que figuran en este impreso son correctos y está de acuerdo con los que figuran en la solicitud.