GÓL-DIATRANS
Egészségügyi Kft.
6060 Tiszakécske Béke u. 118.

Elérhetőség:
Tel.: 30/475-8924
E-mail:info@euszati.hu

RENDEZVÉNY EGÉSZSÉGÜGYI BIZTOSÍTÁSA MEGRENDELŐ LAP

Alulírott, mint megrendelő az 5/2006. EüM rendeletben foglaltak szerint:

SZERVEZŐ CÉGNEVE		
SZÉKHELY CÍME		
ADÓSZÁMA		
KÉPVISELETRE JOGOSULT SZEMÉLY		
ELÉRHETŐSÉGE	*Tel. szám*	
	Fax szám	
	e-mail	
KAPCSOLATTARTÓ SZEMÉLY		
TELEFON / FAX / E-MAIL		

megrendelem a ***GÓL-DIATRANS KFT***-től az alábbi rendezvény / esemény egészségügyi biztosításának az elvégzését:

RENDEZVÉNY / ESEMÉNY MEGNEVEZÉSE	
IDŐPONT / IDŐTARTAM	
HELYSZÍN	
RÉSZTVEVŐK VÁRHATÓ LÉTSZÁMA	
EGYÉB, SPECIÁLIS TÉNYEZŐK FELSOROLÁSA	

A fent megnevezett rendezvény / esemény egészségügyi biztosításához a következő mentőegységeket rendelem meg:

MENTŐGÉPKOCSI (mentőápoló, gépkocsivezető, alap sürgősségi és mentéstechnikai felszerelés)	
ESET MENTŐGÉPKOCSI (orvos vagy mentőtiszt, szakápoló, gépkocsivezető, kiemelt sürgősségi és mentéstechnikai felszerelés)	
MENTŐORVOSI GÉPKOCSI (orvos vagy mentőtiszt, ápoló-gépkocsivezető, kiemelt sürgősségi és mentéstechnikai felszerelés)	
GYALOGÖRSÉG (orvos, mentőtiszt vagy szakápoló, sürgősségi táskával) személygépkocsival	

Az ön által megrendelt szolgáltatás csak abban az esetben számít részünkről elfogadottnak, ha azt E-mailben, Faxon vagy telefonon diszpécserünk visszaigazolta. Minden egyéb esetben a GÓL-DIATRANS KFT semmiféle személyi,anyagi, erkölcsi vagy kártérítési felelősség nem terheli!

A megrendelő aláírásával kötelezettséget vállal a részére kiállított megegyezés szerinti számla összegének a megfizetésére a szolgáltató részére, az abban szereplő fizetési határidőig!

Kelt……, …… év ……. hó …… nap.

PH.

_____
Megrendelő aláírása