

Beställning färdtjänst-/sjukresa

Tel 08-1200 1200, fax 08-720 57 50

E-post: rullstolstaxi@samtrans.se

KORTNUMMER, färdtjänstkort/sjukresekort

OBS Beställningen ska skickas in senast

två, (2), timmar före hämtning.

EFTERNAMN

FÖRNAMN

PERSONNUMMER

--	--	--	--	--	--

Resdatum	Hämtningstid	Ankomsttid	Retur	Datum	Hämtningstid	Totalt antal passagerare

Hämtningsadress			Kommun
Antal tr.	Portkod	Namn på dörren/Avdelning	Telefonnummer

Lämningsadress			Kommun
Antal tr.	Portkod	Namn på dörren/Avdelning	Telefonnummer

Egna hjälpmedel:	<input type="checkbox"/> Rollator	<input type="checkbox"/> Rullstol, manuell	<input type="checkbox"/> Rullstol, eldriven	<input type="checkbox"/> Elmpoped (Promenadscooter)
Hjälpmedel:	<input type="checkbox"/> Transportrullstol (f.d. Pirra)	<input type="checkbox"/> Trappklättrare (från 2 trappsteg)		
Typ av resa:	<input type="checkbox"/> Behandlingsresa	<input type="checkbox"/> Hembesök	<input type="checkbox"/> Utskrivning	

Beställare/Kontaktperson

Namn	Datum
Telefonnr	Faxnr
E-post	

REGELBUNDNA RESOR

Giltighetsperiod

Datum, fr.o.m.

Datum, t.o.m.

	Hämtas klockan	Ankomst klockan	Vecka *	Retur klockan	Vecka *
Måndag					
Tisdag					
Onsdag					
Torsdag					
Fredag					
Lördag					
Söndag					

Övriga upplysningar

* Beställningen gäller för: Alla veckor (A), jämna veckor (J), udda veckor (U), veckonummer, ex. (22).