

医疗转运委托书

远盟康健科技（北京）有限公司：

兹有本人（姓名：_____ 性别：_____ 年龄：_____ 联系方式：_____）委托贵司采取（陆路 航空）方式，对伤患者（姓名：_____ 性别：_____ 出生日期：_____ 诊断：_____ 目前生命体征状况：_____ 其它需要特别说明的伤病情况：_____）实施医疗转运。

转运起点：_____

转运终点：_____

要求转运的时间：_____

其它特殊说明或要求：_____

被转运者联系方式：_____

如因本方原因取消或耽误本次转运，本人愿意承担由此给贵司带来的经济损失。

注：航空转运或病情复杂的陆路转运，必须提供患者 36 小时内的病情报告并加盖医院公章，另外还需提供接收医院的《接收证明》。

转运申请人（签字）：

年 月 日