

LOTNICZE POGOTOWIE RATUNKOWE

Centrum Operacyjne (24 godz.): tel.: (22) 22 99 999, e-mail: dyspozytor@lpr.com.pl, www.lpr.com.pl

ZLECENIE NA ODPLATNY TRANSPORT LOTNICZY -

LOT SPECJALNY

Należność za transport płatna wg cennika LPR



1. Wskazany termin transportu

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

2. Zleceniodawca

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

3. Miejsce wezwania

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

4. Miejsce docelowe transportu

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

5. Dane dotyczące osób transportowanych

Imię i nazwisko:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
Imię i nazwisko:	<input type="checkbox"/> kobieta <input type="checkbox"/> mężczyzna	
<input type="checkbox"/> pies	masa psa wraz z klatką _____ kg	<input type="checkbox"/> potwierdzenie aktualnych szczepień psa
<input type="checkbox"/> dodatkowy sprzęt	masa skrzyń ze sprzętem _____ kg	
<input type="checkbox"/> dodatkowy sprzęt	_____ kg	
<input type="checkbox"/> dodatkowy sprzęt	_____ kg	

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 zakreślić	

7. Dyspozytor Centrum Operacyjnego 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