……………………………….. ………………………………..

(Imię i nazwisko wnioskodawcy) (miejscowość i data)

**Wniosek o realizację transportu medycznego na leczenie bez zgody**

**do szpitala psychiatrycznego**

 Zwracam się z prośbą o realizację postanowienia Sądu ……...........................…… (nazwa sądu, jaki wydział oraz sygnatura akt) poprzez przewiezienie do Szpitala …………….…...…… (nazwa szpitala) Pana/Pani ………………………….. (imię i nazwisko) zamieszkałego/zamieszkałej …………………………………. (dokładny adres zamieszkania) na leczenie psychiatryczne bez wymaganej zgody. Osobą do kontaktu w sprawie ustalenia terminu transportu jest ……………………….. (imię i nazwisko, numer telefonu).

……………………………….

(podpis wnioskodawcy)