

.....
(pieczęć jednostki)

.....
(miejsowość, data)

**Wojewoda Dolnośląski
pl. Powstańców Warszawy 1
50-951 Wrocław**

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że kierowana przeze mnie jednostka spełnia warunek art. 17 ust. 2 pkt. 1 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410), tym samym zapewnia gotowość operacyjną.

.....
(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)