

.....
(pieczęć jednostki)

.....
(Data i miejsce)

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

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU JEDNOSTEK WSPÓŁPRACUJACYCH
Z SYSTEMEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE**

Zgodnie z art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410 z dnia 20 października 2006 r.) proszę o wpisanie do rejestru jednostek współpracujących z systemem.

.....
.....
.....
.....
.....

(Nazwa, siedziba i adres jednostki)

Jednocześnie, zgodnie z art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410), zobowiązuję się niezwłocznie informować Wojewodę o wszelkich zmianach danych zawartych w załączniku do niniejszego wniosku.

.....
(Podpis i pieczęć osoby upoważnionej)

Załącznik do wniosku o wpis do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

REJESTR JEDNOSTEK WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z SYSTEMEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE		
1.	Nazwa jednostki oraz jej siedziba:	
	Miejscowość	
	Kod pocztowy	
	Ulica	
	Nr budynku/lokalu/mieszkania	
	NIP jednostki	
2.	Obszar działania jednostki współpracującej z systemem	
3.	Liczba ratowników posiadających ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu i uzyskaniu tytułu ratownika (zgodnie z art. 17 ust. 3 pkt. 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. Nr 191, poz. 1410))	
4.	Wykaz wyposażenia, jakim dysponuje jednostka współpracująca z systemem, w tym środków łączności niezbędnych do zapewnienia gotowości operacyjnej	
5.	Maksymalny czas dotarcia ratowników na miejsce zdarzenia	
6.	Informacje o złożeniu do akt rejestrowych regulaminu lub statutu jednostki współpracującej z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego	
7.	Osoba reprezentująca	
	Imię	
	Nazwisko	
	Bezpośredni nr telefonu	
8.	Numery telefonów kontaktowych	
	Nr telefonu alarmowego (całodobowy)	
	Nr telefony dyspozytora	
	Fax.	
	Inne	
9.	Oświadczenie o zapewnieniu gotowości operacyjnej	
10.	Nazwa i określenie filii jednostki współpracującej z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego, mających siedzibę poza lokalizacją jednostki	
11.	Uwagi	

Oświadczam, że podane wyżej dane są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym.

Wnoskuje o wpisanie jednostki do Rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Miejscowość.....

Data.....

Podpis osoby uprawnionej..... Pieczęć jednostki.....