



OŚWIADCZENIE
do Projektu
„KWALIFIKACJOM NA RATUNEK”
RPSL.11.03.00-24-0338/16

Imię:		PESEL*:	
Nazwisko:		Brak PESEL:	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
Nazwa i adres Jednostki:			
<p>Oświadczamy, iż ww. osoba jest zatrudniona/pełni służbę/członkiem** w naszej jednostce. Jednostka współpracuje z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego na terenie województwa śląskiego należąc do jednostki, o których mowa w ustawie z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym:</p> <p><input type="checkbox"/> art. 15 ust 1 (służby ustawowo powołane do niesienia pomocy) <input type="checkbox"/> art. 15 ust 2 (społeczne organizacje ratownicze)</p>			
Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania jednostki, pieczęć, data			

*w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

**niepotrzebne skreślić