

**OŚWIADCZENIE**  
do Projektu  
**„KWALIFIKACJOM NA RATUNEK – II EDYCJA”**  
RPSL.11.03.00-24-041H/17

<b>Imię:</b>		<b>PESEL*:</b>	
<b>Nazwisko:</b>		<b>Brak PESEL:</b>	<input type="checkbox"/> tak <input type="checkbox"/> nie
<b>Nazwa i adres Jednostki:</b>			
<p>Oświadczamy, iż ww. osoba jest zatrudniona/pełni służbę/członkiem** w naszej jednostce.            Jednostka współpracuje z <b>systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego</b> 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>			
<b>Podpis osoby upoważnionej do reprezentowania jednostki, pieczęć, data</b>			

\*w przypadku braku numeru PESEL należy wpisać datę urodzenia

\*\*niepotrzebne skreślić