**Powiatowe Centrum Zdrowia sp. z o.o.**

**ul. Ceynowy 7**

**83-300 Kartuzy**

**WNIOSEK**

* **O WYDANIE OPINII DOTYCZĄCEJ ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO IMPREZY MASOWEJ\***
* **O WYDANIE UZGODNIEŃ RODZAJU, ZAKRESU I SPOSOBU ZABEZPIECZENIA RATOWNICZEGO IMPREZY NIEBĘDĄCEJ IMPREZĄ MASOWĄ\***

1. Nazwa imprezy ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Dane dotyczące organizatora (dokładna nazwa, adres, telefon, NIP) .……………………………………………………………………………………………………………………………………….……………
3. Osoba odpowiedzialna (imię i nazwisko, telefon kontaktowy) ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Termin, godziny imprezy od – do

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Lokalizacja imprezy ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
2. Przewidywana liczba uczestników…………………………………………………………………………………………………
3. Nazwa i adres jednostki realizującej zabezpieczenie medyczne, numer telefonu osoby odpowiedzialnej za zabezpieczenie oraz numer księgi rejestrowej podmiotu działalności leczniczej realizującego zabezpieczenie medyczne ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
4. Informacje dodatkowe, które organizator uzna za ważne w celu wydania decyzji

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. W załączeniu:
2. potwierdzenie wpłaty
3. …………………………………
4. ………………………………..

……….………………………………………

data i podpis wnioskodawcy

\* właściwe zaznaczyć