**Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego,**ul. Pstrowskiego 28B, 10–602 Olsztyn  
 tel. +48 89 5373811, fax. 89 537 38 10

[***www.wspr.olsztyn.pl***](http://www.wspr.olsztyn.pl)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **FORMULARZ ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO IMPREZY / TRANSPORTU MEDYCZNEGO** | | | | | | | | |  | |
|  | |  | | | | |  | |  | |
| **CZĘŚĆ A** (ZGŁOSZENIE ZAPOTRZEBOWANIA) | | | | | | | | |  | |
|  | |  |  |  |  |  |  | | nr formularza:  (nadaje WSPR) | |
| **1. DANE ORGANIZATORA/ ZLECAJĄCEGO TRANSPORT:** | | | |  |  |  |  | |  | |
|  | Organizator/ zlecający (nazwa): | | | | | Dane i nr tel. osoby do kontaktu: | | | | |
|  |
|  | Osoba uprawniona do reprezentowania organizatora / zlecającego: | | | | | nr KRS/nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i nazwa podmiotu prowadzącego ewidencję | | | | |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **2. DANE IMPREZY/TRANSPORTU:** | | |  |  |  |  | |  |  |  |
|  | Data i godzina (od…do…): | | | Nazwa imprezy / transport z: | | | | Miejsce imprezy / transport do: | | |
|  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |
| **3. RODZAJ ZABEZPIECZENIA:** | | | |  |  |  | |  |  |  |
|  | Liczba: | | | rodzaj (np.: zespół z lekarzem, zespół bez lekarza, patrol ratowniczy) | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |
|  |  | | |  | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| 4. DANE DO FAKTURY/UMOWY: | | | | |  |  |  | |  |  |
|  | Zarejestrowana nazwa firmy: | | |  | | | | | | |
|  | Zarejestrowana siedziba firmy oraz adres | | |  | | | | | | |
|  | NIP: | | |  | | | | | | |
|  | Imię i nazwisko osoby uprawnionej do zawierania umów | | |  | | | | | | |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
|  |  | |  |  | Data, podpis i pieczęć organizatora: | | | |  |  |
|  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |
| ***Wypełniony formularz proszę przesłać faxem (89 5373810) oraz listownie lub dostarczyć osobiście pod adres:*** | | | | | | | | | | |
| *Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie* | | | | | | |  | |  |  |
| *10-602 Olsztyn, ul. Pstrowskiego 28B* | | | | |  |  |  | |  |  |
| ***Wyrażam zgodę*** *na gromadzenie i przetwarzanie przez Wojewódzką Stację Pogotowia Ratunkowego w Olsztynie przekazanych danych, zgodnie  z Ustawą o ochronie danych osobowych z dnia 29 sierpnia 1997 roku (Dz.U. Nr 133, poz. 883), w celu zrealizowania zabezpieczenia medycznego. WSPR informuje, że użytkownik ma prawo wglądu do swoich danych oraz ich poprawienia lub usunięcia.* | | | | | | | | | | |
|
|
|  | |  |  |  |  | Podpis organizatora: | | |  |  |