**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: |  |  |