

PODANIE O ZABEZPIECZENIE MEDYCZNE IMPREZY MASOWEJ*/ OKAZJONALNEJ*

DATA IMPREZY	
NAZWA IMPREZY	

DANE ORGANIZATORA IMPREZY	
NAZWA	
ADRES	
NIP	
OSOBA DO KONTAKTU/ TEL. KONTAKTOWY	

DANE PŁATNIKA	
NAZWA	
ADRES	
NIP	

MIEJSCE IMPREZY	
MIEJSCE PODSTAWIENIA AMBULANSÓW	
GODZINA PODSTAWIENIA AMBULANSÓW	
GODZINA ZAKOŃCZENIA IMPREZY	

WYMAGANIA W ZAKRESIE ZESPOŁÓW ZABEZPIECZAJĄCYCH	LICZBA
AMBULANS SANITARNY SPECJALISTYCZNY (O STANDARDZIE „S”) w składzie : lekarz, ratownik medyczny/ pielęgniarka, ratownik medyczny- kierowca z uprawnieniami do prowadzenia ambulansu	
AMBULANS SANITARNY PODSTAWOWY (O STANDARDZIE „P”) w składzie : ratownik medyczny/ pielęgniarka, ratownik medyczny- kierowca z uprawnieniami do prowadzenia ambulansu	
PATROL MEDYCZNY w składzie: ratownik medyczny, ratownik medyczny/pielęgniarka systemu	

Sposób zapłaty: gotówka* / przelew*

*niepotrzebne skreślić

UWAGI.....
pieczętka i podpis usługobiorcy.....
pieczętka i podpis usługodawcy