………………………………………….

 Miejscowość, data

…………………………………..

 pieczęć jednostki

**Wojewoda Dolnośląski**

**pl. Powstańców Warszawy 1**

**50-153 Wrocław**

**WNIOSEK**

**o wydanie decyzji o wpisaniu do rejestru jednostek współpracujących z systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne**

Na podstawie art. 17 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 993) proszę o wydanie decyzji o wpisaniu do rejestru jednostek współpracujących z systemem:

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

Jednocześnie zgodnie z art. 17 ust. 4 ustawy z dnia z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (t.j. Dz. U. z 2019 r. poz. 993.) zobowiązuje się niezwłocznie informować Wojewodę o wszelkich zmianach dotyczących danych, o których mowa w ust. 3 (zawartych w załączniku do niniejszego wniosku).

 ……………………………………………….

 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej)