…………………………………………… ………………………………..…….

 *(pieczęć jednostki) (miejscowość, data)*

**Wojewoda Pomorski**

**WNIOSEK O WPIS DO**\* **/ WPIS ZMIAN DO**\***/ WYKREŚLENIE Z**\*/

 **REJESTRU JEDNOSTEK WSPÓŁPRACUJĄCYCH Z SYSTEMEM PAŃSTWOWE RATOWNICTWO MEDYCZNE**

Na podstawie art. 17 ust. 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz. U. z 2013, poz. 757 ze zm.) proszę o wpisanie do\*/wpisanie zmian do \*/wykreślenie z \*/ rejestru jednostek współpracujących z systemem.

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*(nazwa, siedziba i adres jednostki)*

Jednocześnie, zgodnie z art. art. 17 ust. 4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym Dz. U. z 2013, poz. 757 ze zm.) zobowiązuję się niezwłocznie informować Wojewodę o wszelkich zmianach dotyczących danych zawartych w niniejszym wniosku.

………..……………………………………………………

*(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)*

\* Niepotrzebne skreślić