

Załącznik do Wniosku o wpis do /wpis zmian do /wykreślenie z/ Rejestru Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne

L.P	Nazwa jednostki	Siedziba jednostki	Adres jednostki				NIP	Nr KRS	Obszar działania jednostki: nazwa gminy lub powiatu lub obszar całego województwa	Podstawa prawna działania jednostki	Statut lub Regulamin - czy posiada T/N (jeżeli tak należy go dołączyć)	Czy jednostka zapewnia gotowość operacyjną - zgodnie z art. 17 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410) Tak/Nie (jeżeli tak należy dołączyć oświadczenie o zapewnieniu gotowości operacyjnej)
			miejsowość	kod pocztowy	ulica	nr budynku/lokalu						
1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13

*Zgodnie z zapisami §2 pkt 2 lit g) Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 grudnia 2010 r. w sprawie wojewódzkiego planu działania systemu Państwowe Ratownictwo Medyczne oraz kryteriów kalkulacji kosztów działalności zespołów ratownictwa medycznego (Dz.U. Nr 3, poz. 6) *maksymalny czas osiągnięcia pełnej gotowości do współpracy z jednostkami systemu, o których mowa w art. 32 ust. 1 ustawy, rozumiany jako czas liczony od momentu przyjęcia zgłoszenia o zdarzeniu przez dyspozytora stanowiska kierowania Państwowej Straży Pożarnej do momentu wyjazdu jednostki współpracującej z systemem z miejsca stacjonowania*

Załącznik do Wniosku o wpis do /wpis zmian do /wykreślenie z/ Rejestru Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne

Czy jednostka dysponuje środkami łączności niezbędnymi do zapewnienia gotowości operacyjnej - zgodnie z art. 17 ust. 2 pkt 3 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410) Tak/Nie	środki łączności niezbędne do zapewnienia gotowości operacyjnej	czy jednostka posiada pozwolenie radiowe?	Wykaz wyposażenia jednostki																	
			Wyposażenie w sprzęt przydatny z punktu widzenia ratownictwa medycznego np. zestawy ratownicze: R0, R1,R2, defibrylatory, deski ortopedyczne itp. [liczba sztuk]																	
			PSP-R0	PSP-R1	PSP-R2	PSP-R3	defibrylator	respirator	zestaw do intubacji	zestaw szyn Kramera	deska ortopedyczna	nosze podbierakowe	plecak medyczny	kamizelka KED	kołnierz ortopedyczny	zestaw do tlenoterapii	zestaw usztywniczy podciśnieniowych	zestaw do EKG	inne	
14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	

Załącznik do Wniosku o wpis do /wpis zmian do /wykreślenie z/ Rejestru Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne

Ilość ambulansów		Ilość innych pojazdów ew. samolotów, śmigłowców - będących w posiadaniu jednostki - które możnaby użyć do ewentualnego transportu chorych	Czy jednostka dysponuje ratownikami posiadającymi ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika w liczbie niezbędnej do zapewnienia gotowości operacyjnej - zgodnie z art. 17 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U. Nr 191, poz. 1410) Tak/Nie <i>(do wniosku należy dołączyć w/w zaświadczenia)</i>	Liczba ratowników posiadających ważne zaświadczenia o ukończeniu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika	Liczba ratowników (posiadających ważne zaświadczenia w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy i uzyskaniu tytułu ratownika) na zmianie służbowej	Liczba ratowników medycznych	Liczba lekarzy specjalistów (z podaniem specjalizacji)	Liczba lekarzy specjalistów na zmianie służbowej	Maksymalny czas osiągnięcia pełnej gotowości do współpracy z jednostkami systemu (w min.)*
z wyposażeniem medycznym	bez wyposażenia medycznego								
34	35	36	37	38	39	40	41	42	43

Załącznik do Wniosku o wpis do /wpis zmian do /wykreślenie z/ Rejestru Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne

Maksymalny czas dotarcia do granic obszaru działania jednostki (w min.)	Osoba reprezentująca			Numery telefonów kontaktowych			e-mail	Inne
	Imię	Nazwisko	Nr telefonu (tel. kom. w formacie: xx xxx xxx; tel stacjonarny w formacie (xx) xx xx xxx)	Numery telefonów alarmowych (tel. kom. w formacie: xx xxx xxx; tel stacjonarny w formacie (xx) xx xx xxx)	Numery telefonów do dyspozycji (tel. kom. w formacie: xx xxx xxx; tel stacjonarny w formacie (xx) xx xx xxx)	Fax		
44	45	46	47	48	49	50	51	52

Wnoszę o wpisanie do /wpis zmian do/wykreślenie z/ Rejestru Jednostek Współpracujących z Systemem Państwowe Ratownictwo Medyczne.

Podpis osoby uprawnionej

Pieczęć jednostki