***Załącznik nr 4 ;
 Załącznik nr 2 do umowy***

……………………….. dnia …………………..

 *(miejscowość) (data)*

……………………………………………………

*(pieczęć jednostki/komórki organizacyjnej realizującej działania)*

***WYKONAWCA***

*Do wiadomości:*

*Naczelnika Wydziału*

*Zaopatrzenia i Inwestycji*

*KWP w Szczecinie*

***WNIOSEK***

***o zabezpieczenie medyczne dla funkcjonariuszy Policji garnizonu zachodniopomorskiego***

Na podstawie Umowy nr……………………….. z dnia…………….……… zawartej pomiędzy Komendą Wojewódzką Policji w Szczecinie,

a …………………………………………………………………………………………………………………….

zwracam się z prośbą o zabezpieczenie medyczne:

* działań prewencyjnych Policji
* realizacji szkoleń z zakresu……………………………………………………………………………..
* inne:………………………………………………………………………………………………………..

realizowanych w dniu ………………………………. o godzinie …….…………………………………….…

pod adresem……………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………….………………

 W działaniach będzie brało udział …………………..…….. policjantów.

Przypuszczalny czas trwania działań:..........................................................................................,

Do zabezpieczenia medycznego niezbędny jest pojazd medyczny oraz ZRM:

**Zespół Podstawowy „P”/ Zespół Specjalistyczny „S”**
\*Niepotrzebne skreślić

Osoba do kontaktu: …………………………………………………………......................................,

kontakt telefoniczny …………………………, e-mail:…………………………………......................

Powyższe działania zostały zlecone telefonicznie:

* Tak, w dniu …………………………….., przez…………………………………………….…
 *(data zgłoszenia) (imię, nazwisko osoby zlecającej)*

na nr kontaktowy Wykonawcy:……………………………………………………….……….

* Nie

**Wnioskodawca oświadcza, iż w/w działania nie zostaną zabezpieczone, przez Zespół Ratownictwa Medycznego OPP w Szczecinie.**

………………………………………………

 *(pieczęć i podpis Wnioskodawcy: kierownik jednostki/komórki organizacyjnej realizującej działania)*

*Sporządzono w 1 egzemplarzu:*

*– przesłano pocztą elektroniczną,*

 *na adres e-mail Wykonawcy:………………………………………………*