|  |  |
| --- | --- |
|   |  |
| Numer startowy |
|  |
| Pieczęć OSP | Miejscowość i data |
| **ZGŁOSZENIE UCZESTNICTWA** **W III Letnich Mistrzostwach w Ratownictwie Medycznym Ochotniczych Straży Pożarnych – Augustów 2018** |
| 1. **DANE ZGŁASZAJĄCEGO**
 |
| Ochotnicza Straż Pożarna  |   |
| Ulica nr | Miejscowość | Kod pocztowy |
|  |  |   |
| Gmina | Powiat | Województwo |
|  |   |   |
| Adres do korespondencji |
|  |  |
| Osoba do kontaktu | email |
|  |  |
| Telefon | Fax |
|   |   |
| Samochód ratowniczy/nr rej | Torba medyczna | Deska ortopedyczna |
|  | **TAK NIE** | **TAK NIE** |
| 1. **DANE RATOWNIKÓW**
 |
| Lp. | Nazwisko i Imię | Funkcja w drużynie |
| 1. |   |   |
| 2. |   |  |
| 3. |   |   |
| 4. |  |   |
| Uwagi / Inne | Imię i nazwisko Prezesa OSP |
|  |  |
|  |
| 1. **POTWIERDZENIE ODDZIAŁUMIEJSKO GMINNEGO/POWIATOWEGO lub /WOJEWÓDZKIEGO ZOSP RP \***

\*(jeśli wymagane) |
|  |
| */Pieczęć ZOSP RP/ /data i podpis/* |

*\* wypełnić białe pola*