|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | | | |  | | |
| 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*