



SZTAB RATOWNICTWA

SPOŁECZNEJ KRAJOWEJ SIECI RATUNKOWEJ

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA i WNIOSEK O REJESTRACJĘ

w Krajowej Sieci Alarmowej SKSR

Prosimy wypełnić pismem drukowanym.

TAJEMNICA SŁUŻBOWA!

Nazwisko i imię osoby składającej wniosek	PESEL oraz rodzaj, nr i seria dokumentu tożsamości

Pełna nazwa - wypełnić, gdy deklaracja dotyczy osoby prawnej	NIP

ADRESY DO OBIEKTU I MIEJSCA ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY

Kod	Miejscowość	Adres (ulica, nr posesji, nr lokalu, nr bloku, droga dojazdu)
	Obiekt:	Obiekt:
	Wnioskodawca:	Wnioskodawca:

LOKALIZACJA TERYTORIALNA OBIEKTU

Województwo	Powiat	Gmina	Dzielnica

NUMERY TELEFONÓW KONTAKTOWYCH Z WŁAŚCIECIELEM / KIEROWNIKIEM OBIEKTU

Nr kier. i telefony do obiektu	Nr kier. i telefony do domu	Inne telefony kontaktowe, e-mail	Telefony komórkowe

Dodatkowe osoby, z którymi może się kontaktować służba interwencyjna - telefony kontaktowe, kim są dla właściciela obiektu.

Dodatkowe osoby, z którymi może się kontaktować służba interwencyjna - kim są dla wnioskodawcy.	Nr kier. i telefony kontaktowe

Hasło odwołania alarmu (jedno krótkie, polskie słowo)	Hasło podawane pod przymusem (jedno krótkie, polskie słowo)

Rodzaj obiektu oraz jego uwidoczniona na zewnątrz nazwa / szyld

Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w zakresie funkcjonowania Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej do odwołania, znane mi są informacje i moje prawa określone w przepisach dotyczących ochrony danych osobowych. Osoby wskazane do kontaktu są poinformowane o podaniu w tym celu ich danych oraz o ich prawach wynikających z przepisów dotyczących ochrony danych osobowych.

Popieram/my stowarzyszenie i proszę o zarejestrowanie mnie/nas jako członka. Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania zasad obowiązujących w stowarzyszeniu, z którymi się zapoznałem/am oraz do terminowego opłacania składek członkowskich.

Deklaruję opłacanie składek członkowskich w wysokości złotych miesięcznie.*
(*- należy wpisać „0 - zero” lub deklarowaną dobrowolnie kwotę)

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis)

Potwierdzam sprawdzenie powyższych danych osobowych.

Obiektowi przydzielono w KSA następujący kod:

Obiekt zarejestrowano w KSA SKSR dnia:

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek: Nr służbowy:



KRAJOWY SZTAB RATOWNICTWA SPOŁECZNEJ SIECI RATUNKOWEJ

Lódź ul. Piotrkowska 238

90-954 Łódź-4, Skrytka pocztowa 32; Tel. 42 6370474
URL: www.ratownictwo.org ←INTERNET → E-mail: sztab@ratownictwo.org

KARTA WEZWANIA POMOCY

TAJEMNICA SŁUŻBOWA!

Kartę prosimy wypełnić piśmem drukowanym.

Nazwisko i imię osoby składającej wniosek	PESEL oraz rodzaj, nr i seria dokumentu tożsamości

Pełna nazwa - wypełnić, gdy deklaracja dotyczy osoby prawnej	NIP

ADRESY DO OBIEKTU I MIEJSCA ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY

Kod	Miejscowość	Adres (ulica, nr posesji, nr lokalu, nr bloku, droga dojazdu)
	Obiekt:	Obiekt:
	Wnioskodawca:	Wnioskodawca:

APARAT TELEFONICZNY SŁUŻĄCY DO WZYWANIA POMOCY

Kod obiektu w KSA	Producent, typ, wersja aparatu, nr telefonu oraz operator GSM. Czy numer identyfikuje się?	Nr tel. stacjonarnego oraz rodzaj linii telefonicznej centrali alarmowej. Operator. Czy numer identyfikuje się?

ZNACZENIE SYGNAŁU WEZWANIA POMOCY POD W/W ADRES OBIEKTU

CLIP	
------	--

WEZWANIE POGOTOWIA WYŁĄCZNIE W SYTUACJI BEZPOŚREDNIEGO ZAGROŻENIA ŻYCIA U:

(Dane chorego należy wypełnić tylko w przypadku określenia wezwania jako Wezwanie Pogotowia Ratunkowego lub Pomocy Rodziny)

- Nazwisko i imię chorego:
- Data urodzenia chorego:
- Dokładne określenie objawów: **Zasłabł/ła, Traci Przytomność,**
- Na co się leczy + historia choroby (np. przebyte zawały, operacje itp. Na jakie leki jest uczulony/na):

Oświadczam, że przycisk wezwania Pogotowia Ratunkowego będzie użyty wyłącznie w przypadku wystąpienia wyżej wymienionych okoliczności wezwania. Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w zakresie funkcjonowania Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej do odwołania, znane mi są informacje i moje prawa określone w przepisach dotyczących ochrony danych osobowych. Osoby wskazane do kontaktu są poinformowane o podaniu w tym celu ich danych oraz o ich prawach wynikających z przepisów dotyczących ochrony danych osobowych. Popieram/y stowarzyszenie i proszę o zarejestrowanie mnie/nas jako członka oraz o zarejestrowanie i podłączenie w/w obiektu do Krajowej Sieci Alarmowej SKSR.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania zasad obowiązujących w KSA SKSR, z którymi się zapoznałem/am. Zobowiązuję się do skutecznego zabezpieczenia całości sprzętu podłączonego do KSA SKSR przed ingerencją osób nieupoważnionych. W przypadku wezwania do bezpośredniego zagrożenia życia wyrażam zgodę na siłowe wejście do obiektu w celu udzielenia pomocy. Upoważniam przedstawicieli KSA SKSR do działania w moim/naszym imieniu w sprawach dotyczących interwencji służb, związanych z zasygnalizowanym z w/w obiektu zagrożeniem.

.....
(Miejscowość i data)

.....
(Czytelny podpis)

Potwierdzam sprawdzenie powyższych danych osobowych.

Obiektowi przydzielono w KSA następujący kod:

Obiekt zarejestrowano w KSA SKSR dnia:

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek: Nr służbowy: