



SZTAB RATOWNICTWA

SPOŁECZNEJ KRAJOWEJ SIECI RATUNKOWEJ

90-954 Łódź-4, Skrytka pocztowa 32; Tel. 42 2797976; e-mail: sztab@ratownictwo.org
Nasze działania opisuje strona internetowa: www.ratownictwo.org

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA i WNIOSEK O REJESTRACJĘ

TAJEMNICA SŁUŻBOWA!

Prosimy wypełnić pismem drukowanym.

Nazwisko i imię osoby składającej (oraz stanowisko, gdy deklaracja dotyczy osoby prawnej)	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, kod domofonu droga dojazdu)
	Obiekt:	Obiekt:
	Wnioskodawca:	Wnioskodawca:

LOKALIZACJA TERYTORIALNA OBIEKTU

Województwo	Powiat	Gmina	Dzielnica

NUMERY TELEFONÓW KONTAKTOWYCH Z WŁAŚCICIELEM / KIEROWNIKIEM OBIEKTU

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

DODATKOWE OSOBY DO KONTAKTU, CZY MAJĄ KLUCZE DO OBIEKTU.

Dodatkowe osoby, z którymi może się kontaktować służba interwencyjna - kim są dla wzywającego pomoc.	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 zostały 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 zadeklarowanych składek członkowskich.

Deklaruję opłacanie składek członkowskich w wysokości złotych miesięcznie.

.....
(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

90-954 Łódź-4, Skrytka pocztowa 32; Tel. 42 2797976; e-mail: sztab@ratownictwo.org
Nasze działania opisuje strona internetowa: www.ratownictwo.org

KARTA WEZWANIA POMOCY

TAJEMNICA SŁUŻBOWA !

Kartę prosimy wypełnić pismem drukowanym.

Nazwisko i imię osoby składającej (oraz stanowisko, gdy deklaracja dotyczy osoby prawnej)	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, kod domofonu droga dojazdu)
	Obiekt:	Obiekt:
	Wnioskodawca:	Wnioskodawca:

APARAT TELEFONICZNY SŁUŻĄCY DO WZYWANIA POMOCY

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

ZNACZENIE SYGNAŁU WEZWANIA POMOCY POD W/W ADRES OBIEKTU

--

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)

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

Oświadczam, że przycisk wezwania pomocy 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 zostały 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 stowarzyszenia do działania w moim/naszym imieniu w sprawach dotyczących interwencji służb, związanych z zasygnalizowanym 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: