_____

miejscowość, data

ZAŚWIADCZENIE

Pan(i) _____ jest zatrudniony(a)/członkiem/pełnieni służbę* w jednostkach współpracujących z systemem Państwowego Ratownictwa Medycznego** (nazwa instytucji)

_____

_____.

_____

podpis i pieczątka

Zaświadczenie lub kserokopię dokumentu zaświadczającego o przynależności do jednostek współpracujących z Państwowym Systemem Ratownictwa Medycznego należy dostarczyć do organizatora kursu najpóźniej w dniu egzaminu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

---

* niepotrzebne skreślić

** zgodnie z art. 15 Ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym (Dz.U.06.191.1410)

Wzór zaświadczenia zgodny z regulaminem kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy organizowanych przez Biuro Kadr Medycznych – www.biurokadrmed.pl