

.....
(podmiot ksrg)

–
nr ewidencyjny zdarzenia*

POTWIERDZENIE

udziału sił i środków podmiotu ratowniczego w działaniu ratowniczym

w dniu w godzinach**

.....
(adres miejsca zdarzenia)

Lp.	Podmiot	Osoby uczestniczące	Czas udziału w działaniach ratowniczych**	Uwagi

Druk: ZP Gollub-Dobrzyń, (56) 683-25-39

Liczba pojazdów ratowniczych

liczba ratowników

.....
(imię, nazwisko i stopień kierującego działaniem ratowniczym)

* Wpisać numer ewidencyjny zdarzenia z ewidencji zdarzeń.

** Czas interwencji (dla społecznych organizacji ratowniczych można uwzględnić również czas podwyższonej gotowości operacyjnej).