



# 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 WŁAŚCIELEMI / KIEROWNIKAMI 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](http://www.ratownictwo.org) ←INTERNET → E-mail: [sztab@ratownictwo.org](mailto: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 w w/w obiekcie 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: .....