



SZTAB RATOWNICTWA SPOŁECZNEJ KRAJOWEJ SIECI RATUNKOWEJ

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA I WNIOSEK O REJESTRACJĘ

w Krajowej Sieci Alarmowej SKSR

TAJEMNICA SŁUŻBOWA!

Prosimy wypełnić pismem 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:

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, 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 :



SZTAB RATOWNICTWA

SPOŁECZNEJ KRAJOWEJ SIECI RATUNKOWEJ

WZÓR – DANE FIKCYJNE !

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA I WNIOSEK O REJESTRACJĘ

TAJEMNICA SŁUŻBOWA!

Prosimy wypełnić pismem drukowanym.

Nazwisko i imię osoby składającej wniosek	PESEL oraz rodzaj, nr i seria dokumentu tożsamości
KOWALSKI JAN	PESEL: 61052901111 Dowód Osobisty: AAA 11111

ADRESY DO OBIEKTU I MIEJSCA ZAMIESZKANIA WNIOSKODAWCY

Kod	Miejscowość	Adres (ulica, nr posesji, nr lokalu, nr bloku, droga dojazdu)
92-600	Obiekt: PABIANICE	Obiekt: ul. Czereśniowa 16/18 m 24 blok nr 65 Kod domofonu: 24 kluczyk 3252
	Wnioskodawca: J.W.	Wnioskodawca: J.W.

LOKALIZACJA TERYTORIALNA OBIEKTU

Województwo	Powiat	Gmina	Dzielnica
ŁÓDZKIE	ŁÓDZKI	ŁÓDŹ	WIDZEW

NUMERY TELEFONÓW KONTAKTOWYCH Z WNIOSKODAWCĄ

Nr kier. i telefony do obiektu	Nr kier. i telefony do domu	Inne telefony kontaktowe, e-mail	Telefony komórkowe
426000000	428000000	kowalski@internet.pl 429000000	602898989

Dodatkowe osoby, z którymi może się kontaktować służba interwencyjna - kim są dla wnioskodawcy.	Nr kier. i telefony kontaktowe
Kowalska Anna – żona, ma klucze do mieszkania.	602787878
Malinowski Jan zam. Łódź, ul. Borysa 12 – sąsiad, ma klucze do mieszkania.	425000000; 501665544

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

Rodzaj obiektu oraz jego uwidoczniona na zewnątrz nazwa / szyld

MIESZKANIE W BLOKU NA IIp.

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)

Pabianice, 10-05-2011r.

(Miejscowość i data)

Kowalski Jan

(Czytelny podpis)

Potwierdzam sprawdzenie powyższych danych osobowych.

Obiektowi przydzielono w KSA następujący kod:

Obiekt zarejestrowano w KSA SKSR dnia:

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek. **Jankowski Zdzisław**

Nr służbowy: **PI 100123**