



KRAJOWY SZTAB RATOWNICTWA SPOŁECZNEJ SIECI RATUNKOWEJ

Łódź ul. Piotrkowska 238

90-954 Łódź-4, Skrytka pocztowa 32; tel. 42 6370474
URL: www.ratownictwo.org ←INTERNET → E-mail: sztab@ratownictwo.org

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 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. Proszę o zarejestrowanie mnie i podłączenie w/w obiektu do Krajowej Sieci Alarmowej SKSR

od dnia:

Popieram/my stowarzyszenie i proszę o zarejestrowanie mnie/nas jako członka.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania zasad obowiązujących w KSA SKSR, z którymi się zapoznałem/am oraz do terminowego opłacania składek członkowskich. Zobowiązuję się do skutecznego zabezpieczenia całości sprzętu podłączonego do KSA SKSR przed ingerencją osób nieupoważnionych przez Sztab Ratownictwa SKSR. Upoważniam przedstawicieli KSA SKSR do działania w moim/naszym imieniu w sprawach dotyczących interwencji służb, związanych z zasygnalizowanym w w/w obiekcie zagrożeniem. Do wniosku dołączam Kartę Wezwania Pomocy.

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:
dnia:

Obiekt zarejestrowano w KSA SKSR

Czytelny podpis osoby przyjmującej wniosek: Nr
służbowy :



RAJOWY SZTAB RATOWNICTWA SPOŁECZNEJ SIECI RATUNKOWEJ

Łódź ul. Piotrkowska 238

90-954 Łódź-4, Skrytka pocztowa 32; Tel. 42 6370474
ratownictwo.org ←INTERNET → E-mail: sztab@ratownictwo.org

KARTA WEZWANIA POMOCY

TAJEMNICA SŁUŻBOWA !
drukowanym.

Kartę prosimy wypełnić pismem

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)

1. Nazwisko i imię chorego:

2. Data urodzenia chorego:

3. Dokładne określenie objawów: **Zasłabł/ła,**
Przytomność,

Traci

4. Na co się leczy + historia choroby (np. przebyte zawały, operacje itp. Na jakie leki jest uczulony/na):

.....
.....
Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w zakresie funkcjonowania Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej. Oświadczam, że przycisk wezwania Pogotowia Ratunkowego będzie użyty wyłącznie w przypadku wystąpienia wyżej wymienionych okoliczności wezwania. Popieram/y stowarzyszenie i proszę o zarejestrowanie mnie/nas jako członka.

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 przez Sztab Ratownictwa SKSR. 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 z w/w obiektu 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 :



KRAJOWY SZTAB RATOWNICTWA SPOŁECZNEJ SIECI RATUNKOWEJ

Łódź ul. Piotrkowska 238

90-954 Łódź-4, Skrytka pocztowa 32; Tel. 42 6370474
URL: www.ratownictwo.org ←INTERNET → E-mail: sztab@ratownictwo.org

WZÓR – DANE FIKCYJNE !

DEKLARACJA CZŁONKOWSKA i WNIOSEK O REJESTRACJĘ

w Krajowej Sieci Alarmowej SKSR

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
LÓDZKIE	LÓDZKI	LÓDŹ	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. Proszę o zarejestrowanie mnie i podłączenie w/w obiektu do Krajowej Sieci Alarmowej SKSR od dnia: **10-05-2011r.**

Popieram stowarzyszenie i proszę o zarejestrowanie mnie jako członka.

Jednocześnie zobowiązuję się do przestrzegania zasad obowiązujących w KSA SKSR, z którymi się zapoznałem/am oraz do terminowego opłacania składek członkowskich. Zobowiązuję się do skutecznego zabezpieczenia całości sprzętu podłączonego do KSA SKSR przed ingerencją osób nieupoważnionych przez Sztab Ratownictwa SKSR. Upoważniam przedstawicieli KSA SKSR do działania w moim/naszym imieniu w sprawach dotyczących interwencji służb, związanych z zasygnalizowanym z w/w obiektu zagrożeniem. Do wniosku dołączam Kartę Wezwania Pomocy.

Deklaruję opłacanie składek członkowskich w wysokości złotych miesięcznie.

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**



KRAJOWY SZTAB RATOWNICTWA SPOŁECZNEJ SIECI RATUNKOWEJ

Łódź ul. Piotrkowska 238

90-954 Łódź-4, Skrytka pocztowa 32; Tel. 42 6370474

URL: www.ratownictwo.org ←INTERNET→ E-mail: sztab@ratownictwo.org

WZÓR – DANE FIKCYJNE !

KARTA WEZWANIA POMOCY

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
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
	Właściciel/Kierownik: J.W.	Właściciel/Kierownik: J.W.

APARAT TELEFONICZNY SŁUŻĄCY DO WYZWANIA POMOCY

Kod obiektu w KSA	Producent, typ, wersja aparatu, nr telefonu oraz operator GSM	Nr tel. oraz rodzaj linii telefonicznej centrali alarmowej. Operator telekomunikacyjny. Czy numer identyfikuje się?
000111	NOKIA E-52 / +48 601282828 / PLUS GSM	42 6000000, analogowa, operator TP S.A. , z identyfikacją numeru

ZNACZENIE SYGNAŁU WEZWANIA POMOCY POD W/W ADRES OBIEKTU

CLIP	WEZWANIE POMOCY DO NAPADU (Należy wybrać jedną z opcji: Napad / Wezwanie Pogotowia Ratunkowego / Pożar / Wezwanie Pomocy Rodziny)
------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

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: **KOWALSKI JAN** (można ewentualnie wpisać kategorię wiekową osoby, do której będzie wezwanie stosowane: „dziecko do lat 3” albo „dziecko w wieku od 4 do 13 lat” albo „osoba dorosła”).
- Data urodzenia chorego: **29-05-1961r.** (w przypadku podania wyżej jedynie kategorii wiekowej daty urodzenia nie wpisujemy)
- Dokładne określenie objawów: **ZASŁABŁ, TRACI PRZYTOMNOŚĆ.....**
- Na co się leczy + historia choroby (np. przebyte zawały, operacje itp. Na jakie leki jest uczulony/na): **Leczy serce, nadciśnienie, po dwóch zawałach, ostatni w 2002r, założone Stenty w 2002r. Uczulony na penicylinę / lub ewentualnie: Nie leczy się, nie choruje, brak uczuleń na leki.** (w przypadku podania wyżej jedynie kategorii wiekowej punkt ten pozostawiamy bez wypełnienia)

Oświadczam, że podane wyżej dane są prawdziwe i wyrażam zgodę na ich przetwarzanie w zakresie funkcjonowania Społecznej Krajowej Sieci Ratunkowej. Oświadczam, że przycisk wezwania Pogotowia Ratunkowego będzie użyty wyłącznie w przypadku wystąpienia wyżej wymienionych okoliczności wezwania.

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 przez Sztab Ratownictwa SKSR. 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 z w/w obiektu zagrożeniem.

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**