



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 / sztyl

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**



KRAJOWY SZTAB RATOWNICTWA SPOŁECZNEJ SIECI RATUNKOWEJ

Lódź 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

TAJEMNICA SŁUŻBOWA!

Prosimy wypełnić pismem drukowanym.

Nazwisko i imię osoby składającej wniosek	PESEL oraz rodzaj, nr i seria dokumentu tożsamości
KOWALSKI JAN	PESEL: 6105290111 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. Czeresińska 16/18 m 24 blok nr 65
	Właściciel/Kierownik: J.W.	Właściciel/Kierownik: J.W.

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. oraz rodzaj linii telefonicznej centrali alarmowej. Operator telekomunikacyjny. Czy numer identyfikuje się?
000111	NOKIA E-52 / +48 601282828 / PLUS GSM / z identyfikacją numeru	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, nie stwierdzono uczuleń na leki.** (w przypadku podania wyżej jedynie kategorii wiekowej punkt ten pozostawiamy bez wypełnienia)

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 zasygnalizowaniem 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**