

Gdynia, dnia.....

**Miejska Stacja Pogotowia Ratunkowego  
w Gdyni SP ZOZ  
ul. Żwirki i Wigury 14  
81-394 Gdynia**

**WNIOSEK**

**O WYDANIE OPINII DOTYCZĄCEJ ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO IMPREZY  
MASOWEJ**

1. Nazwa imprezy .....
2. Dane dotyczące organizatora (dokładna nazwa, adres, telefon)  
.....  
.....
3. Osoba odpowiedzialna (imię i nazwisko, telefon kontaktowy)  
.....
4. Termin, godziny imprezy .....
5. Lokalizacja imprezy .....
6. Przewidywana liczba uczestników .....
7. Nazwa i adres jednostki realizującej zabezpieczenie medyczne, numer telefonu osoby odpowiedzialnej za zabezpieczenie oraz numer księgi rejestrowej podmiotu działalności leczniczej realizującego zabezpieczenie medyczne.  
.....  
.....
8. Załączyć potwierdzenie wpłaty. W tytule wpłaty podać datę i nazwę imprezy masowej.

.....  
podpis wnioskodawcy