

(-wzór-)

OŚWIADCZENIE ŚWIADCZENIODAWCY

Świadczeniodawca posiadający w swojej strukturze dyspozytornię medyczną oświadcza, iż:

- 1) spełnia wymagania zgodne art. 25 a, art. 25 b oraz art. 26 ust. 1 i 2 pkt 1-4 ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym,
- 2) zapewnia wyposażenie do obsługi SWD PRM w dyspozytorni medycznej, określone w przepisach wydanych na podstawie art. 24g ustawy z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym ratownictwie Medycznym,
- 3) zatrudnia odpowiednią liczbę dyspozytorów medycznych do zabezpieczenia określonej w planie działania systemu liczby stanowisk dyspozytorskich.

.....

(miejscowość, data)

.....

(pieczęć, podpis)