………....………………….…..…..…, dnia …………………………..

 *(miejscowość) (data DD-MM-RR)*

 *(pieczęć lub nazwa organu / jednostki wnioskującej)*

**Dyrektor**[[1]](#footnote-1)

**Wydziału** **Ratownictwa Medycznego
i Powiadamiania Ratunkowego**

**w Zachodniopomorskim Urzędzie Wojewódzkim
ul. Wały Chrobrego 4**

 **70-502 Szczecin**

**WNIOSEK**

**o udostępnienie danych z Systemu Teleinformatycznego Centrum Powiadamiania Ratunkowego lub z Systemu Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego**

1. **Wskaż system teleinformatyczny z którego chcesz otrzymać dane:**

|  |  |
| --- | --- |
|   |  Systemu Teleinformatyczny Centrum Powiadamiania Ratunkowego |

|  |  |
| --- | --- |
|   |  System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego |

1. **Wskaż rodzaj jednostki wnioskującej:**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | sąd  |   | prokuratura |   | Policja |   | Rzecznik Praw Pacjenta/ NFZ |

1. **Wskaż rodzaj danych które chcesz otrzymać w związku z niniejszym wnioskiem
o udostępnienie (np. nagranie rozmowy, dane dotyczące zgłoszenia):**

|  |
| --- |
|  |

1. **Wskaż numer alarmowy, na który zostało wykonane połączenie (o ile dysponujesz taką informacją)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|   | 112 |   | 997 |   | 998 |   | 999 |

1. **Sygnatura / numer / liczba dziennika / oznaczenie sprawy w mojej jednostce organizacyjnej, na którą należy powołać się w odpowiedzi na niniejszy wniosek:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Podaj numer zdarzenia w Systemie Teleinformatycznym Centrów Powiadamiania Ratunkowego, w formacie ZD/xxxxx/SZC/RRRR, (o ile jest znany):**

|  |
| --- |
|  |

1. **Opisz charakter i okoliczności zdarzenia (np. bójka, przemoc domowa itp.):**

|  |
| --- |
|  |

1. **Podaj dane dotyczące zgłoszenia:**
	1. **Numery telefonów, z których zostały wykonane połączenia:**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Data i godzina wykonania połączeń:**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Adres zdarzenia (miejscowość, ulica, nr domu i lokalu lub numer i kilometr drogi oraz powiat i gmina):**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Dane osoby, która zadzwoniła na numer alarmowy:**

|  |
| --- |
|  |

* 1. **Dane osobowe innych uczestników zdarzenia lub osób poszkodowanych:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Dane kontaktowe do osoby prowadzącej sprawę w jednostce wnioskującej – imię
i nazwisko, numer telefonu, adres e-mail:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Adres do korespondencji:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Adres skrzynki ePUAP:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Adres e-mail:**

|  |
| --- |
|  |

1. **Podstawa prawna udostępnienia:**

art. 10 ust. 4 ustawy z dnia 22 listopada 2013 r. o Systemie Powiadamiania Ratunkowego

art. 24b, ust. 2, ustawa z dnia 8 września 2006 r. o Państwowym Ratownictwie Medycznym

 ……….…..…………………………………..

 *(czytelny podpis osoby upoważnionej)*

1. W imieniu Wojewody Zachodniopomorskiego zadanie realizuje Wydział Ratownictwa Medycznego
i Powiadamiania Ratunkowego w Szczecinie, tel. 914303353, faks 914345055, email: sekretariatzk@szczecin.uw.gov.pl. ePUAP skrytka: /low5658fe1/skrytka [↑](#footnote-ref-1)