



(pieczęć lub nazwa organu / jednostki wnioskującej)

....., dnia
(miejsowość) (data DD-MM-RR)

**Dyrektor¹
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 Teleinformatycznego Centrum Powiadamiania Ratunkowego

System Wspomagania Dowodzenia Państwowego Ratownictwa Medycznego

2. Wskaż rodzaj jednostki wnioskującej:

sąd

prokuratura

Policja

Rzecznik Praw Pacjenta/ NFZ

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

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

112

997

998

999

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

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

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

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

8. Podaj dane dotyczące zgłoszenia:

8.1. Numery telefonów, z których zostały wykonane połączenia:

8.2. Data i godzina wykonania połączeń:

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

8.4. Dane osoby, która zadzwoniła na numer alarmowy:

8.5. Dane osobowe innych uczestników zdarzenia lub osób poszkodowanych:

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

10. Adres do korespondencji:

11. Adres skrzynki ePUAP:

12. Adres e-mail:

13. 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)