|  |  |
| --- | --- |
| ………………………..  (Imię i nazwisko)  ………………………..  (Funkcja, stanowisko)  ………………………..  (Kontakt telefoniczny) | ……………………………..  (Miejscowość, data) |
|  | **Stanowisko Kierowania**  **Komendanta Powiatowego PSP**  **W Żyrardowie**  Fax: 46 858 19 63 tel. 46 855 35 49 |
| **Informacja wyjaśniająca na okoliczność wpłynięcia alarmu pożarowego (fałszywego) z systemu monitoringu pożarowego.** | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nazwa obiektu:** | | |
| Miejscowość: | Ulica: | Numer: |
| Zarządzający obiektem: | | |
| Data i godzina wystąpienia alarmu pożarowego II stopnia: | | |
| Powód/przyczyna powstania alarmu pożarowego II stopnia, **który okazał się fałszywy:** | | |
| Wyciągnięte konsekwencje, wnioski naprawcze oraz uwagi: | | |

……………………………………………………………..

(Podpis)