|  |  |
| --- | --- |
| ………………………..(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)