Wnioskodawca

………………………… ………………………

………………………… Miejscowość i data

**Oświadczenie o zapewnianej bazie dydaktycznej**

**na potrzeby kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy**

Niniejszym oświadczam, iż zapewniam na potrzeby przeprowadzenia kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy organizowanego w dniach ………………………………… bazę dydaktyczną dostosowaną do liczby osób uczestniczących w kursie, w szczególności wyposażenie sal ćwiczeniowych dla ……… grupy/grup ćwiczeniowej/ćwiczeniowych w sprzęt zgodne z wymaganiami określonymi w załączniku nr 1 do rozporządzania Ministra Zdrowia
z dnia 19 marca 2007 r. *w sprawie kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy*
(Dz.U. z 2021 r., poz. 411), tj.:

.......................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................................................................................................................................

.......................................................................................................................................................

 podpis osoby uprawnionej

………………………………..