

## FORMULARZ ZABEZPIECZENIA MEDYCZNEGO IMPREZY

### 1. Dane organizatora imprezy:

Organizator:	Dane i nr tel. osoby do kontaktu:
Osoba uprawniona do reprezentowania organizatora:	Nr KRS/nr wpisu do ewidencji działalności gospodarczej i nazwa podmiotu prowadzącego ewidencję:

### 2. Dane imprezy:

Data i godzina (od .... do....)	Nazwa imprezy:	Miejsce imprezy:
---------------------------------	----------------	------------------

### 3. Rodzaj zabezpieczenia

Liczba:	Rodzaj (np Zespół wyjazdowy z lekarzem, punkt pomocy medycznej)

### 4. Dane do faktury:

Zarejestrowana nazwa firmy	
Zarejestrowana siedziba firmy oraz adres	
NIP	
Imie i nazwisko osoby uprawnionej do zawierania umów	

.....

**Wypełniony formularz proszę przesłać na adres email ; [zabezpieczeniemedyczne@szpital-bartoszyce.pl](mailto:zabezpieczeniemedyczne@szpital-bartoszyce.pl)**