……………………..dn. …………2020 r.

**WNIOSEK   
O WSPARCIE SŁUŻB SANITARNYCH ORAZ SAMORZĄDU TERYTORIALNEGO PRZEZ SIŁY ZBROJNE RP**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1** | **PODMIOT ZAMAWIAJĄCY** | | | | |
|  | | | | |
| **2** | **CO? - ZAKRES WSPARCIA** | | | | |
|  | | | | |
| **3** | **OD KIEDY** | | | | |
| rok | miesiąc | | dzień | godzina |
|  |  | |  |  |
| **PILNE\* - realizacja do 8 h** | | | |  |
| **UMIARKOWANE\* - realizacja 8-16 h** | | | |  |
| **MOŻE CZEKAĆ\* - do realizacji 16-48 h** | | | |  |
| **4** | **GDZIE ? - REJON DZIAŁANIA** | | | | |
|  | | | | |
| **5** | **OSOBA DO KONTAKTÓW** | | | | |
| Imię | |  | | |
| Nazwisko | |  | | |
| Nr tel. kontaktowego | |  | | |
| e-mail | |  | | |

**WNIOSKUJĄCY:**

**STANOWISKO ………………………………………..**

**IMIĘ I NAZWISKO ………………………………………..**

**PODPIS ………………….……………………..**

\* Zaznacz właściwe.