

.....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.