

PILSKA SIĘĆ DEFIBRYLATORÓW

FORMULARZ ZGŁOSZENIA LOKALIZACJI AED

(DLA KAŻDEGO URZĄDZENIA AED NALEŻY WYPEŁNIĆ JEDEN FORMULARZ)

NAZWA PODMIOTU	
ULICA	
NR	
KOD POCZTOWY	
MIASTO	
DOKŁADNE MIEJSCE PRZECHOWYWANIA AED (NP. PUNKT OCHRONY, RECEPCJA, ITD.)	
WŁASNOŚĆ:	<input type="checkbox"/> PRYWATNA <input type="checkbox"/> PUBLICZNA
LOKALIZACJA:	<input type="checkbox"/> WEWNĘTRZNA (WEWNĄTRZ BUDYNKU) <input type="checkbox"/> ZEWNĘTRZNA
DOSTĘPNOŚĆ:	<input type="checkbox"/> 24h <input type="checkbox"/> W GODZINACH OTWARCIA: - PONIEDZIAŁEK: _____ - WTOREK: _____ - ŚRODA: _____ - CZWARTEK: _____ - PIĄTEK: _____ - SOBOTA: _____ - NIEDZIELA: _____
UWAGI:	

Wyrażamy chęć i zgodę na umieszczenie informacji nt. AED będącego w naszej dyspozycji w publicznych wykazach i mapach.

podpis osoby reprezentującej