

WZÓR

KRAJOWE CENTRUM MONITOROWANIA RATOWNICTWA MEDYCZNEGO

Nr / r.
(numer zaświadczenia)

.....
(miejsowość, data)

ZAŚWIADCZENIE

o ukończeniu kursu uprawniającego do pracy na stanowisku wojewódzkiego
koordynatora ratownictwa medycznego

Zaświadcza się, że:

Pan(i)
(imię i nazwisko, numer PESEL)

odbył(a) w dniach: od do
(dzień/miesiąc/rok) (dzień/miesiąc/rok)

kurs uprawniający do pracy na stanowisku wojewódzkiego koordynatora ratownictwa
medycznego w Krajowym Centrum Monitorowania Ratownictwa Medycznego
i zdał(a) egzamin przed Komisją Egzaminacyjną z wynikiem pozytywnym.

.....
(elektroniczne podpisy członków Komisji Egzaminacyjnej)