………………………………… …………………………………………

 pieczęć jednostki miejscowość i data

**Wojewoda Dolnośląski**

**pl. Powstańców Warszawy 1**

**50-153 Wrocław**

**O**Ś**WIADCZENIE**

Oświadczam, że kierowana przeze mnie jednostka spełnia warunek art. 17 ust. 2 pkt 1 ) ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym , tym samym zapewnia gotowość operacyjną.

.............................................................

(podpis i pieczęć osoby upoważnionej)