………………………………… …………………………………………

 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. 15 ust. 1a ustawy z dnia 8 września 2006 roku o Państwowym Ratownictwie Medycznym
(t.j. Dz. U. z 2017 r. poz. 2195 z późn. zm.), tym samym zapewnia gotowość operacyjną.

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

 (podpis i pieczęć osoby upoważnionej)