Dane Organizatora:
Imię i nazwisko:
Adres:
Telefon kontaktowy:
E-mail:

Zarząd Oddziału Chrzanów
Stowarzyszenia Malta Służba Medyczna
e-mail: chrzanow@msm.org.pl
tel: 723 122 122

PROŚBA O POKAZ PIERWSZEJ POMOCY

Zwracam się z prośbą o zorganizowanie pokazu pierwszej pomocy podczas trwania naszej imprezy:
……..……..……..……..……..
(nazwa i charakter imprezy: masowa, plenerowa, piknik, charytatywna, sportowa*)

która odbędzie się: w (dokładne miejsce) …….

w dniu ……...……

od godziny ……..……... do godziny ……..…….

Wiek i ilość uczestników pokazu **……..

Prosimy o zorganizowanie:

- pokazu pierwszej pomocy z prelekcją, z wykorzystaniem fantomów,
- pokazu z karetką i symulacją wypadku,

Zapewniamy posiłek, zwrot kosztów transportu ***.

Osoba odpowiedzialna do kontaktu: ……..
Telefon: …….

* charakter imprezy pozwoli na przygotowanie odpowiedniego sprzętu
** w zależności od ilości uczestników angażujemy adekwatne środki kadrowe
*** opcja do uzgodnienia