**Wniosek**

**o zatwierdzenie programu kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy**

1. **Nazwa i adres podmiotu prowadzącego kurs……………………………………………………………**

**………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Dane podmiotu prowadzącego kurs (NIP, REGON, dane teleadresowe)**

**……………………………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Miejsce prowadzenia kursu……………………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Kierownik podmiotu prowadzącego kurs:**

Imię i Nazwisko…………………………………………………………………………………………………………..

Kwalifikacje zawodowe i posiadane uprawnienia……………………………………………………….

**………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Kierownik merytoryczny kursu:**

Imię i Nazwisko……………………………………………………………………………………………………………

Kwalifikacje zawodowe i posiadane uprawnienia………………………………………………………..

**………………………………………………………………………………………………………………………………..**

1. **Czas trwania kursu ( liczba godz. zajęć teoretycznych i zajęć praktycznych) ………………………………………………………………………………………………………………………………..**
2. **Wykaz załączonych dokumentów:**

1)…………………………………………………………………………………………………………………………………

2)…………………………………………………………………………………………………………………………………

3)…………………………………………………………………………………………………………………………………

4)…………………………………………………………………………………………………………………………………

5)…………………………………………………………………………………………………………………………………

6)…………………………………………………………………………………………………………………………………

7)…………………………………………………………………………………………………………………………………

*……………………………………………..……………………….*

*Czytelny podpis i pieczątka Kierownika podmiotu prowadzącego kur*s