*Załącznik Nr*  …………………………….dnia………………….

**Oświadczenie**

Niniejszym oświadczam, iż na potrzeby kursu w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy kierownikiem kursu jest …………………………………………………., który spełnia wymogi zgodnie   
z § 3 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 19 marca 2007 r. w sprawie kursu   
w zakresie kwalifikowanej pierwszej pomocy.

*…………………………………………….………………………..*

*Czytelny podpis i pieczątka Kierownika podmiotu prowadzącego kurs*