



Formularz zgłoszeniowy

**Regionalne Mistrzostwa Polski w Ratownictwie Medycznym
w Katowicach 13 – 15 maja 2026 r.**

1.	Data zgłoszenia (wypełnia Organizator):		
2.	Pełna nazwa podmiotu:		
3.	NIP:		
4.	Miejscowość, kod pocztowy:		
5.	Ulica, numer lokalu:		
6.	Nr telefonu:		
7.	Nr faksu:		
8.	e-mail:		
9.	Imię i nazwisko członka zespołu wraz z numerem telefonu:	Funkcja w zespole	Numer telefonu
	1.		
	2.		
10.	Obserwator (imię i nazwisko):	Numer telefonu	
	1.		
	2.		
11.	Osoba upoważniona do kontaktu oraz telefon kontaktowy		

Potwierdzam zgodność powyższych danych z Regulaminem Regionalnych Mistrzostw w Ratownictwie Medycznym w Katowicach 13-15 maja 2026 r.

data, miejscowość	podpis, pieczęć

Prosimy o odesłanie wypełnionego formularza zgłoszeniowego
w nieprzekraczalnym terminie do dnia **30 marca 2026 r.** (decyduje kolejność zgłoszeń)

- skan na e-mail: mistrzostwa@wpr.pl

Oświadczenie VAT oraz oświadczenie danych osobowych proszę przesać pocztą na adres:

Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach
ul. Powstańców 52
40-024 Katowice

Opłata za uczestnictwo wynosi:

- zawodnik * - 2.500,00 PLN
- obserwator - 3.000,00 PLN + 23% VAT

Prosimy o dokonanie płatności na poniższe konto bankowe za uczestnictwo w Mistrzostwach do 14 dni (kalendarzowych) od dnia rejestracji.

Niedokonanie wpłaty w terminie równoznaczne jest z rezygnacją udziału w zawodach.

Wpłaty należy dokonać na:

Wojewódzkie Pogotowie Ratunkowe w Katowicach
ul. Powstańców 52
40-024 Katowice

Santander 26 1090 2008 0000 0001 5076 5853

tytuł przelewu: „**Regionalne Mistrzostwa w Ratownictwie Medycznym Katowice 13-15 maja 2026 r.**”

**Cena dla członka zespołu w przypadku złożenia oświadczenia VAT – zwolnienie*

W przypadku braku oświadczenia należy doliczyć 23% VAT, czyli 2.500,00 zł + 23% VAT