



**WYKAZ**  
**oddziałów szpitalnych pierwszego wyboru**  
**dla potrzeb realizacji zadań**  
**zespołów ratownictwa medycznego**  
**w systemie Państwowe Ratownictwo Medyczne**  
**dla województwa Kujawsko-Pomorskiego**

Zatwierdzam:

**WOJEWODA KUJAWSKO-POMORSKI**

*Ewa Mes*  
.....  
**Ewa Mes**

Data, pieczęć i podpis wojewody