

A.2 DANE ADRESATA KORESPONDENCJI				
A.2.1 Oznaczenie adresata korespondencji				
10. Nazwa / firma lub nazwa organu lub nazwisko				
11. Imię				
A.2.2 Adres do korespondencji				
12. Ulica		13. Nr domu	14. Nr lokalu	15. Miejscowość
16. Kod pocztowy	17. Poczta		18. Kraj	
A.3 DANE PEŁNOMOCNIKA PROCESOWEGO				
A.3.1 Oznaczenie pełnomocnika				
19. Nazwa / firma lub nazwisko				
20. Imię				
A.3.2 Adres pełnomocnika				
21. Ulica		22. Nr domu	23. Nr lokalu	24. Miejscowość
25. Kod pocztowy	26. Poczta		27. Kraj	

Część B

Wnoszę o dokonanie wpisu zgodnie z informacjami zamieszczonymi we wniosku i na załącznikach:	
B.1 DANE PODMIOTU	
28. Nazwa	
29. Oznaczenie formy prawnej: <i>(Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat)</i>	
<input type="checkbox"/> 1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	<input type="checkbox"/> 2. Kolumna Transportu Sanitarnego

Część C

C.1 DANE O WCZEŚNIEJSZEJ REJESTRACJI PODMIOTU <i>(Pola o numerach od 30 do 32 dotyczą wyłącznie podmiotu uprzednio zarejestrowanego. W przypadku zgłoszenia nowego podmiotu pola te należy przekreślić.)</i>	
30. Nazwa sądu prowadzącego rejestr	
31. Nazwa rejestru	32. Numer w rejestrze
33. Numer identyfikacyjny REGON	
<div style="text-align: right;"> </div>	
C.2 SIEDZIBA I ADRES PODMIOTU	
34. Województwo	35. Powiat

36. Gmina		37. Miejscowość	
38. Ulica		39. Nr domu	40. Nr lokalu
41. Kod pocztowy	42. Poczta		

C.3 INFORMACJA O STATUCIE PODMIOTU

(Dla podmiotu uprzednio zarejestrowanego należy podać informację o statucie stanowiącym podstawę dokonania wpisu do odpowiedniego rejestru oraz o zmianach statutu podmiotu dotychczas niezarejestrowanych.)

43. Data sporządzenia statutu (dzień – miesiąc – rok) oraz dla podmiotu przerejestrowywanego, w przypadku zmiany statutu – numery zmienionych, dodanych, usuniętych paragrafów (innych jednostek redakcyjnych)

C.4 INFORMACJA O CZASIE, NA JAKI UTWORZONY JEST PODMIOT

44. Podmiot utworzony jest na czas:

1. Oznaczony, jaki ?
 2. Nieoznaczony

C.5 PODMIOT, KTÓRY UTWORZYŁ PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUB KOLUMNĘ TRANSPORTU SANITARNEGO

45. Nazwa podmiotu

46. Numer KRS

47. Numer identyfikacyjny REGON

C.6 ORGAN SPRAWUJĄCY NADZÓR (organ samorządowy, administracji państwowej, właściwy minister, państwowa uczelnia medyczna lub państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych)

48. Nazwa organu

C.7 ORGAN UPRAWNIONY DO REPREZENTACJI PODMIOTU PODLEGAJĄCEGO REJESTRACJI

49. Nazwa organu uprawnionego do reprezentacji podmiotu:

1. Kierownik Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej 2. Kierownik Kolumny Transportu Sanitarnego

50. Nazwisko lub pierwszy człon nazwiska złożonego

51. Drugi człon nazwiska złożonego

52. Pierwsze imię

53. Drugie imię

54. Numer PESEL

55. Kwalifikacje kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej

C.8	CEL DZIAŁANIA PODMIOTU
	56. Cel działania

Część D

D.1	INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH:
	<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Jeśli podmiot posiada terenowe jednostki organizacyjne, należy wypełnić załącznik KRS-WA „Oddziały, terenowe jednostki organizacyjne”.</i> 2. <i>Jeśli publiczny zakład opieki zdrowotnej powstał w wyniku połączenia lub przekształcenia, należy wypełnić załącznik KRS-WH „Sposób powstania podmiotu”.</i>

D.1.1 Lista załączonych formularzy uzupełniających		
Lp.	Symbol i nazwa załącznika	Liczba załączników
1.	KRS-WA Oddziały, terenowe jednostki organizacyjne	
2.	KRS-WH Sposób powstania podmiotu	
3.		

D.1.2 Lista załączonych dokumentów				
Lp.	Nazwa załączonego dokumentu	Liczba egzemplarzy	Określenie formy dokumentu: <i>(Należy wstawić znak X w odpowiednim polu)</i>	
			papierowa	elektroniczna
1.	Statut			
2.	Decyzja o wpisie do rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia lub Wojewodę			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

D.2	OSOBY SKŁADAJĄCE WNIOSEK		
	Imię i nazwisko	Data	Podpis

Miejsce na naklejenie znaczków sądowych, potwierdzenie opłaty ew. potwierdzenie przelewu