

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:

(Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat)

1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej

2. Kolumna Transportu Sanitarnego

Część C**C.1 DANE O WCZEŚNIEJSZEJ REJESTRACJI PODMIOTU***(Pola o numerach od 30 do 32 dotyczą wyłącznie podmiotu uprzednio zarejestrowanego. W przypadku zgłoszenia nowego podmiotu pola te należy przekreślić.)*

30. Nazwa sądu prowadzącego rejestr

31. Nazwa rejestru

32. Numer w rejestrze

33. Numer identyfikacyjny REGON

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 nie zarejestrowanych.)

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:**

1. Jeśli podmiot posiada terenowe jednostki organizacyjne należy wypełnić załącznik KRS-WA „Oddziały, terenowe jednostki organizacyjne”

D.1.1 Lista załączonych formularzy uzupełniających

Lp.	Symbol i nazwa załącznika	Liczba załączników
1.	KRS-WA Oddziały, terenowe jednostki organizacyjne	
2.		
3.		

D.1.2 Lista załączonych dokumentów

	Nazwa załączonego dokumentu	Liczba egzemplarzy	Określenie formy dokumentu: (Należy wstawić znak X w odpowiednim polu)	
			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