

KRS-W22	Sygnatura akt (wypełnia sąd)	
Krajowy Rejestr Sądowy	Wniosek o rejestrację podmiotu w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	
<ul style="list-style-type: none"> • Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, na maszynie, komputerowo lub ręcznie, wielkimi drukowanymi literami. • Wnioskodawca wypełnia pola jasne. • We wszystkich wypełnianych polach, w których występuje możliwość wyboru, należy wstawić X w jednym odpowiednim kwadracie. • Wszystkie pola, w których nie będą wpisane odpowiednie informacje, należy przekreślić. • Wniosek składa się do sądu rejonowego (sądu gospodarczego) właściwego ze względu na siedzibę podmiotu, którego wpis dotyczy. Wniosek można złożyć w biurze podawczym właściwego sądu lub nadać w urzędzie pocztowym na adres sądu. • Wniosek złożony z naruszeniem przepisu art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym lub nieprawidłowo wypełniony podlega zwróceniu, bez wzywania do uzupełnienia braków. 		
Miejsce na notatki sądu		Data wpływu (wypełnia sąd)

SĄD, DO KTÓREGO JEST SKŁADANY WNIOSEK

1. Nazwa sądu

Sąd Rejonowy

SIEDZIBA PODMIOTU, KTÓREGO DOTYCZY WPIS

2. Województwo

3. Powiat

4. Gmina

5. Miejscowość

Część A

A.1 DANE WNIOSKODAWCY LUB PODMIOTU UZUPEŁNIAJĄCEGO DANE			
6. Wnioskodawca:			
<input type="checkbox"/> 1. Podmiot, którego dotyczy wpis		<input type="checkbox"/> 2. Inny wnioskodawca	
<i>Pola o numerach 7 i 8 należy wypełnić tylko wówczas, gdy w polu o numerze 6 zaznaczono „Inny wnioskodawca”. W pozostałych przypadkach pola te należy przekreślić.</i>			
7. Nazwa/firma lub nazwa organu, lub nazwisko			
8. Imię			
A.2 DANE ADRESATA KORESPONDENCJI			
A.2.1 Oznaczenie adresata korespondencji			
9. Nazwa/firma lub nazwa organu, lub nazwisko			
10. Imię			
A.2.2 Adres do korespondencji			
11. Ulica	12. Nr domu	13. Nr lokalu	14. Miejscowość
15. Kod pocztowy	16. Poczta		17. Kraj

A.3 DANE PEŁNOMOCNIKA PROCESOWEGO			
A.3.1 Oznaczenie pełnomocnika			
18. Nazwa/firma lub nazwisko			
19. Imię			
A.3.2 Adres pełnomocnika			
20. Ulica	21. Nr domu	22. Nr lokalu	23. Miejscowość
24. Kod pocztowy	25. Poczta		26. Kraj

Część B

Wnoszę o dokonanie wpisu zgodnie z informacjami zamieszczonymi we wniosku i w załącznikach:	
B.1 DANE PODMIOTU	
27. Nazwa	
28. Oznaczenie formy prawnej:	
Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej	

Część C

C.1 DANE O NIP I NUMERZE IDENTYFIKACYJNYM REGON			
<i>Pola o numerach 29 i 30 należy wypełnić, jeżeli podmiot posiada NIP i/lub numer identyfikacyjny REGON. W przypadku gdy podmiot nie posiada odpowiednich numerów, pola te należy przekreślić.</i>			
29. NIP		30. Numer identyfikacyjny REGON	
C.2 SIEDZIBA I ADRES PODMIOTU			
31. Województwo		32. Powiat	
33. Gmina		34. Miejscowość	
35. Ulica		36. Nr domu	37. Nr lokalu
38. Kod pocztowy	39. Poczta		
40. Adres poczty elektronicznej			
41. Adres strony internetowej			

C.3 INFORMACJA O STATUCIE PODMIOTU	
42. Data sporządzenia statutu (dzień–miesiąc–rok)	
C.4 INFORMACJA O CZASIE, NA JAKI JEST UTWORZONY PODMIOT	
43. Podmiot jest utworzony na czas:	
<input type="checkbox"/> 1. Oznaczony, jaki? <input type="checkbox"/> 2. Nieoznaczony	
C.5 PODMIOT, KTÓRY UTWORZYŁ SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ	
44. Nazwa podmiotu	
45. Numer KRS	46. Numer identyfikacyjny REGON
C.6 ORGAN SPRAWUJĄCY NADZÓR (organ samorządowy, organ administracji państwowej, właściwy minister, państwowa uczelnia medyczna lub państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych)	
47. Nazwa organu	
C.7 ORGAN UPRAWNIONY DO REPREZENTACJI PODMIOTU PODLEGAJĄCEGO REJESTRACJI	
48. Nazwa organu:	
Kierownik samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej	
49. Nazwisko lub pierwszy człon nazwiska złożonego	50. Drugi człon nazwiska złożonego
51. Pierwsze imię	52. Drugie imię
<i>Pole o numerze 53 wypełnia się wyłącznie dla osoby fizycznej, która posiada numer PESEL.</i>	
53. Numer PESEL	
<i>Pole o numerze 54 wypełnia się wyłącznie dla osoby fizycznej, która nie posiada numeru PESEL.</i>	
54. Data urodzenia (dzień–miesiąc–rok)	
55. Kwalifikacje kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej	

C.8	CEL DZIAŁANIA PODMIOTU
56.	Cel działania
C.9	INFORMACJA O DNIU KOŃCZĄCYM ROK OBROTOWY
57.	Dzień kończący pierwszy rok obrotowy, za który należy złożyć sprawozdanie finansowe (dzień–miesiąc–rok):
_ _ _ - _ _ - _ _ _ _ _	

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 samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej powstał w wyniku połączenia lub przekształcenia, należy wypełnić załącznik KRS-WH Sposób powstania podmiotu.</i> 3. <i>Jeśli została powołana rada społeczna, to w celu wpisania informacji o osobach wchodzących w jej skład należy wypełnić załącznik KRS-WK Organy 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	KRS-WK Organy podmiotu			
4				
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	Odpis z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą prowadzonego przez wojewodę			
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

D.2 OSOBY SKŁADAJĄCE WNIOSEK

Imię i nazwisko	Data	Podpis

Miejsce na naklejenie znaków opłaty sądowej, potwierdzenie opłaty lub potwierdzenie przelewu