WZÓR

……………………., dnia ………………….

…………………………………………….

……………………………………………..

Nazwa jednostki

**Minister Spraw Wewnętrznych**

**i Administracji**

za pośrednictwem

**Dyrektora**

**Departamentu Zdrowia MSWIA**

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ROZSZERZENIE DZIAŁALNOŚCI**

|  |
| --- |
| 1. **Rodzaj działalności** *(niepotrzebne skreślić)* |
| 1. działalność medyczna 2. działalność inna niż medyczna |

|  |
| --- |
| 1. **Zakres działalności/komórka(-i) organizacyjna (-e)** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Lokalizacja nowej działalności oraz prawo do dysponowania nieruchomością** | |
| 1. adres: |  |
| 1. tytuł prawny do nieruchomości |  |

|  |
| --- |
| 1. **Uzasadnienie** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Planowany termin uruchomienia** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Ocena wpływu rozszerzenia działalności na zatrudnienie w Zakładzie** *(niepotrzebne skreślić)* 2. Zwiększenie zatrudnienia 3. Zoptymalizowanie dotychczasowego zatrudnienia 4. Inny wpływ 5. Nie dotyczy |
| Szczegółowe informacje: |

|  |
| --- |
| 1. **Ocena wpływu rozszerzenia działalności na pozostałą działalność Zakładu** |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Czy rozszerzenie działalności wymaga poniesienia nakładów na wydatki majątkowe**? *(niepotrzebne skreślić)* | |
| TAK | NIE |
| Jeżeli TAK, to należy podać szczegółowe informacje wraz z informacją o planowanych kosztach:  **Nakłady finansowe na roboty budowalne (inwestycje, remonty, modernizacje)**   |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Grupa kosztów** | **Wartość: szacunkowa (Sz) / rzeczywista (Rz)** | **Kwota (w zł)** | | **Źródło finansowania** | | | 1. | Pozyskanie działki budowlanej |  |  |  | | | 2. | Prace przygotowawcze |  |  |  | | | 3. | Prace projektowe |  |  |  | | | 4. | Roboty budowalne i instalacyjne |  |  |  | | | 5. | Nadzór inwestorski i nadzór autorski |  |  |  | | | 6. | Pierwsze wyposażenie |  |  |  | | | **Suma** | |  |  |  | |   **Nakłady finansowe na zakup sprzętu i aparatury medycznej oraz pozostałego wyposażenia**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | **Lp.** | **Wyszczególnienie** | **Wartość: szacunkowa (Sz) / rzeczywista (Rz)** | **Kwota (w zł)** | **Źródło finansowania** | | 1. |  |  |  |  | | 2. |  |  |  |  | | 3. |  |  |  |  | | 4. |  |  |  |  | | 5. |  |  |  |  | | 6. |  |  |  |  | | **Suma** | |  |  |  | | |

|  |
| --- |
| 1. **Planowane średniomiesięczne przychody związane z rozszerzeniem** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Planowane średniomiesięczne koszty prowadzonej działalności** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lp. | Rodzaj kosztu | Koszt bezpośredni | Koszt pośredni | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | Suma | |  |  | |

|  |
| --- |
| 1. **Ocena ryzyka nieuzyskania zakładanych efektów (analiza zagrożeń oraz planowane działania wpływające na minimalizację zagrożeń)** |
|  |

………………………………………………….

Podpis i pieczątka Dyrektora Zakładu

|  |
| --- |
| 1. **Jednocześnie proszę o dokonanie zmiany w statucie SP ZOZ MSWiA w …… polegających na dopisaniu w § ….. pkt ….. następującego zapisu:**   **…………………………………………………………………………………………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..**  *Należy wypełnić jedynie w przypadku, gdy rozszerzenie działalności powoduje konieczność zmiany statutu – poprzez wskazanie proponowanego brzmienia.*  *W przypadku, gdy rozszerzenie działalności nie powoduje konieczności zmiany statutu proszę nie zamieszczać tej tabeli we wniosku i zakończyć na pkt. 11 wniosku..*  ………………………………………………….  Podpis i pieczątka Dyrektora Zakładu |

Załączniki:

1. Opinia Rady Społecznej Zakładu