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