Wzór

……………………., dnia ………………….

…………………………………………….

……………………………………………..

Nazwa jednostki

**Minister Spraw Wewnętrznych**

**i Administracji**

za pośrednictwem

**Dyrektora**

**Departamentu Zdrowia MSWIA**

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA OGRANICZENIE DZIAŁALNOŚCI**

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

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

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

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

|  |
| --- |
| 1. **Planowany termin rezygnacji z działalności** |
|  |

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

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

|  |
| --- |
| 1. **Planowana utrata średniomiesięcznych przychodów związanych z ograniczeniem działalności** |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Planowane zmniejszenie średniomiesięcznych kosztów związanych z ograniczeniem działalności** |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | Lp. | Rodzaj kosztu | Koszt bezpośredni | Koszt pośredni | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | |  |  |  |  | | Suma | |  |  | |

|  |
| --- |
| 1. **Planowane wykorzystanie pomieszczeń/sprzętu/ potencjału po ograniczonej działalności** |
|  |

………………………………………………….

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 ograniczenie działalności powoduje konieczność zmiany statutu. Należy wskazać proponowane brzmienie literalne.*  *W przypadku, gdy ograniczenie działalności nie powoduje konieczności zmiany statutu proszę nie zamieszczać tej tabeli we wniosku i zakończyć na pkt. 10 wniosku.*  ………………………………………………….  Podpis i pieczątka Dyrektora Zakładu |

Załączniki:

1. Opinia Rady Społecznej Zakładu