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