

KRS-W22	Sygnatura akt (wypełnia sąd)
 <p><b>Krajowy Rejestr Sądowy</b></p>	<p align="center"><b>Wniosek o rejestrację podmiotu w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej<sup>1</sup></b></p> <p align="center"><b>PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ, KOLUMNA TRANSPORTU SANITARNEGO</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, na maszynie, komputerowo lub ręcznie, wielkimi, drukowanymi literami.</li> <li>• Wnioskodawca wypełnia pola jasne.</li> <li>• We wszystkich wypełnianych polach, w których występuje możliwość wyboru, należy wstawić X w jednym odpowiednim kwadracie.</li> <li>• Wszystkie pola, w których nie będą wpisane odpowiednie informacje, należy przekreślić.</li> <li>• 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.</li> <li>• Wniosek złożony z naruszeniem przepisu art. 19 ust. 2 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym lub nieprawidłowo wypełniony podlega zwróceniu, bez wzywania o uzupełnienie braków.</li> </ul>	
Miejsce na notatki Sądu	Data wpływu (wypełnia Sąd)
SĄD, DO KTÓREGO SKŁADANY JEST WNIOSEK	
1. Nazwa sądu Sąd Rejonowy .....	
SIEDZIBA PODMIOTU, KTÓREGO DOTYCZY WPIS	
2. Województwo	3. Powiat
4. Gmina	5. Miejscowość
OKREŚLENIE REJESTRACJI	
6. Rejestracja dotyczy: <input type="checkbox"/> 1. Nowego podmiotu <input type="checkbox"/> 2. Podmiotu uprzednio zarejestrowanego (przerejestrowanie) <sup>2</sup>	

### Część A

A.1	DANE WNIOSKODAWCY LUB PODMIOTU UZUPEŁNIAJĄCEGO DANE
7. Wnioskodawca: <input type="checkbox"/> 1. Podmiot, którego dotyczy wpis <input type="checkbox"/> 2. Inny wnioskodawca	
<i>Pola o numerach 8 i 9 należy wypełnić tylko wówczas, gdy w polu o numerze 7 zaznaczono „Inny wnioskodawca”. W pozostałych przypadkach pola te należy przekreślić.</i>	
8. Nazwa / firma lub nazwa organu lub nazwisko	
9. Imię	

<sup>1</sup> Wniosek może być użyty do uzupełnienia danych przez podmiot, który przed 1 stycznia 2001 r. był wpisany w odpowiednim rejestrze sądowym, zgodnie z art. 10 ustawy z 20 sierpnia 1997r. Przepisy wprowadzające ustawę o Krajowym Rejestrze Sądowym (Dz.U. Nr 121, poz. 770 i z 2000r. Nr 114, poz. 1194). Należy wówczas przekreślić tytuł wniosku i wpisać słowa „Uzupełnienie danych”.

<sup>2</sup> Dotyczy podmiotu, który przed 1 stycznia 2001 r. uzyskał wpis w odpowiednim rejestrze sądowym

<b>A.2 DANE ADRESATA KORESPONDENCJI</b>				
A.2.1 Oznaczenie adresata korespondencji				
10. Nazwa / firma lub nazwa organu lub nazwisko				
11. Imię				
A.2.2 Adres do korespondencji				
12. Ulica		13. Nr domu	14. Nr lokalu	15. Miejscowość
16. Kod pocztowy	17. Poczta			18. Kraj

<b>A.3 DANE PEŁNOMOCNIKA PROCESOWEGO</b>				
A.3.1 Oznaczenie pełnomocnika				
19. Nazwa / firma lub nazwisko				
20. Imię				
A.3.2 Adres pełnomocnika				
21. Ulica		22. Nr domu	23. Nr lokalu	24. Miejscowość
25. Kod pocztowy	26. Poczta			27. Kraj

## Część B

**Wnoszę o dokonanie wpisu zgodnie z informacjami zamieszczonymi we wniosku i na załącznikach:**

<b>B.1 DANE PODMIOTU</b>	
28. Nazwa	
29. Oznaczenie formy prawnej: (Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat)	
<input type="checkbox"/> 1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	<input type="checkbox"/> 2. Kolumna Transportu Sanitarnego

## Część C

<b>C.1 DANE O WCZEŚNIEJSZEJ REJESTRACJI PODMIOTU</b> <i>(Pola o numerach od 30 do 32 dotyczą wyłącznie podmiotu uprzednio zarejestrowanego. W przypadku zgłoszenia nowego podmiotu pola te należy przekreślić.)</i>	
30. Nazwa sądu prowadzącego rejestr	
31. Nazwa rejestru	32. Numer w rejestrze
33. Numer identyfikacyjny REGON	

<b>C.2 SIEDZIBA I ADRES PODMIOTU</b>	
34. Województwo	35. Powiat

36. Gmina		37. Miejscowość	
38. Ulica		39. Nr domu	40. Nr lokalu
41. Kod pocztowy	42. Poczta		

### C.3 INFORMACJA O STATUCIE PODMIOTU

*(Dla podmiotu uprzednio zarejestrowanego należy podać informację o statucie stanowiącym podstawę dokonania wpisu do odpowiedniego rejestru oraz o zmianach statutu podmiotu dotychczas nie zarejestrowanych.)*

43. Data sporządzenia statutu (dzień – miesiąc – rok) oraz dla podmiotu przerejestrowywanego, w przypadku zmiany statutu – numery zmienionych, dodanych, usuniętych paragrafów (innych jednostek redakcyjnych)

### C.4 INFORMACJA O CZASIE, NA JAKI UTWORZONY JEST PODMIOT

44. Podmiot utworzony jest na czas:

1. Oznaczony, jaki ?  
 2. Nieoznaczony

### C.5 PODMIOT, KTÓRY UTWORZYŁ PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ LUB KOLUMNĘ TRANSPORTU SANITARNEGO

45. Nazwa podmiotu

46. Numer KRS

47. Numer identyfikacyjny REGON

### C.6 ORGAN SPRAWUJĄCY NADZÓR (organ samorządowy, administracji państwowej, właściwy minister, państwowa uczelnia medyczna lub państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych)

48. Nazwa organu

### C.7 ORGAN UPRAWNIONY DO REPREZENTACJI PODMIOTU PODLEGAJĄCEGO REJESTRACJI

49. Nazwa organu uprawnionego do reprezentacji podmiotu:

1. Kierownik Publicznego Zakładu Opieki Zdrowotnej  
 2. Kierownik Kolumny Transportu Sanitarnego

50. Nazwisko lub pierwszy człon nazwiska złożonego

51. Drugi człon nazwiska złożonego

52. Pierwsze imię

53. Drugie imię

54. Numer PESEL

55. Kwalifikacje kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej

**C.8 CEL DZIAŁANIA PODMIOTU**

56. Cel działania

**Część D****D.1 INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH:**

1. Jeśli podmiot posiada terenowe jednostki organizacyjne należy wypełnić załącznik KRS-WA „Oddziały, terenowe jednostki organizacyjne”

**D.1.1 Lista załączonych formularzy uzupełniających**

Lp.	Symbol i nazwa załącznika	Liczba załączników
1.	KRS-WA Oddziały, terenowe jednostki organizacyjne	
2.		
3.		

**D.1.2 Lista załączonych dokumentów**

	Nazwa załączonego dokumentu	Liczba egzemplarzy	Określenie formy dokumentu: (Należy wstawić znak X w odpowiednim polu)	
			papierowa	elektroniczna
1.	Statut			
2.	Decyzja o wpisie do rejestru prowadzonego przez Ministra Zdrowia lub Wojewodę			
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

**D.2 OSOBY SKŁADAJĄCE WNIOSEK**

Imię i nazwisko	Data	Podpis

Miejsce na naklejenie znaczków sądowych, potwierdzenie opłaty ew. potwierdzenie przelewu