

ZAŁĄCZNIK

WZÓR

Wniosek o zezwolenie

na prowadzenie działalności gospodarczej w zakresie prowadzenia placówki zapewniającej całodobową opiekę osobom niepełnosprawnym, przewlekle chorym lub osobom w podeszłym wieku

1. Nazwa placówki
2. Adres
3. Przeznaczenie placówki
4. Liczba miejsc dla mieszkańców
5. Struktura zatrudnienia i zakres usług świadczonych w placówce
-
-
-
-
6. Dane o:
 - 1) podmiocie występującym z wnioskiem¹⁾:
 - a) jednostce lub organizacji:
nazwa
 - adres
 - numer telefonu numer faksu
 - numer identyfikacyjny REGON
 - numer identyfikacji podatkowej NIP
 - b) osobie fizycznej:
imię i nazwisko
 - adres zamieszkania
 - data urodzenia numer PESEL
 - numer telefonu w miejscu zamieszkania numer faksu
- 2) osobie, która będzie kierowała placówką:
imię i nazwisko
- adres zamieszkania
- data urodzenia numer PESEL
- numer telefonu w miejscu zamieszkania numer faksu

7. Wnoszę o wydanie zezwolenia na czas: określony, nieokreślony¹⁾.

.....
(miejscowość, data) (podpis osoby upoważnionej do złożenia wniosku)

Załączniki:

- 1)
- 2)
- 3)
- 4)
- 5)

Potwierdzam dane osobowe i dane identyfikacyjne na podstawie okazanych dokumentów oraz przyjęcie wymienionych we wniosku załączników.

.....
(miejscowość, data) (podpis i pieczęć osoby przyjmującej wniosek)

¹⁾ Niepotrzebne skreślić.