

## 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 wnioskiem<sup>1</sup>):

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, nieokreślony<sup>1)</sup>.

.....  
miejsowość, 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.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis i pieczęć osoby  
przyjmującej wniosek

<sup>1)</sup> niepotrzebne skreślić