

Wniosek o zezwolenie

na prowadzenie w ramach działalności statutowej 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:

nazwa

.....

adres

numer telefonu numer faksu

numer identyfikacyjny REGON numer identyfikacji podatkowej NIP

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 określonych we wniosku załączników.

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis i pieczęć osoby
przyjmującej wniosek)

1) Niepotrzebne skreślić.