……………………., dnia ………………….

…………………………………………….

……………………………………………..

Nazwa jednostki

 **Minister Spraw Wewnętrznych**

**i Administracji**

za pośrednictwem

**Dyrektora**

**Departamentu Zdrowia**

**WNIOSEK O WYRAŻENIE ZGODY NA ZAKUP/PRZYJĘCIE DAROWIZNY/NABYCIE
W INNEJ FORMIE AKTYWÓW TRWAŁYCH**

|  |
| --- |
| 1. **Przedmiot zakupu/przyjęcia darowizny/nabycia w innej formie aktywów trwałych** *(właściwe zaznaczyć)*
 |
| 1. sprzęt/aparatura medyczna
2. środek transportu (karetka, samochód osobowy, samochód dostawczy)
3. oprogramowanie i/lub sprzęt informatyczny
4. inny *(jakie?*)………………………………………………………………
 |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 1. **Nazwa przedmiotu zakupu**
 | **szt./kpl.** | **Wartość jednostkowa** *(brutto w zł)* | **Wartość ogółem** *(brutto w zł)* |
|  |  |  |  |

**2.a. Szczegółowy opis przedmiotu zakupu**

|  |
| --- |
|  |

**2.b. Planowany okres użytkowania, okres gwarancji oraz sposobu serwisowania**

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| 1. **Szczegółowe uzasadnienie celowości przedmiotu wniosku**
 |
| 1. ***Uzasadnienie opisowe***
 |
| 1. dotychczasowe wyposażenie Zakładu danego typu środek trwały i/lub wartości niematerialne i prawne (liczba, rok produkcji, stopień zużycia (w %), awaryjność w ostatnich 12 miesiącach)
 |  |
| 1. wymagania przepisów prawa *(jakich?)*

- ustawa z dnia……………………………..………w sprawie………………………………………… - rozporządzenie Ministra Zdrowia z dnia ………………w sprawie świadczeń gwarantowanych  z zakresu……….…………………………. (załącznik nr ….., lp. ….)- zarządzenie nr Prezesa NFZ z dnia………….(załącznik nr ….., lp. …. ) *d)* inne wymagania, wytyczne konieczne do spełnienia *(jakie?)*:………………………………………… |
| 1. **Komórka organizacyjna Zakładu, w której będzie instalowany/użytkowany przedmiot wniosku oraz planowane wykorzystanie i liczba i przewidywany rodzaj badań/procedur** (jeśli dotyczy)
 |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Źródła finansowania** *(właściwe zaznaczyć)*
 |  **Kwota** *(w zł)* |
| 1. środki własne
 |  |
| 1. dotacja z Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji
 |  |
| 1. środki z Unii Europejskiej w ramach Programu Operacyjnego *(jakiego?)*…………
 |  |
| 1. środki z Ministerstwa Zdrowia
 |  |
| 1. inne *(jakie?)……………………………………………..*
 |  |
|  **Razem**  |  |

|  |
| --- |
| 1. **Czy zachodzi konieczność adaptacji pomieszczeń** ? *(niepotrzebne skreślić)*
 |
| TAK | NIE |
| *Jeżeli TAK, to należy określić: niezbędne prace do wykonania, ich koszt, źródło finansowania, przewidywany czas robót.***Nakłady finansowe na adaptację pomieszczeń**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **Grupa kosztów** | **Wartość: szacunkowa (Sz) / rzeczywista (Rz)** |  **Kwota** *(w zł)* |  **Źródło finansowania** |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| 1. **Czy przedmiot zakupu/przyjęcia darowizny/nabycia został ujęty w zatwierdzonym planie inwestycyjnym na dany rok** *(właściwe zaznaczyć)*
 |
| TAK | NIE |
| *Jeśli „tak” to należy podać pozycję z planu/zmiany planu*Plan inwestycyjny/zmiana planu inwestycyjnego *(właściwe zaznaczyć)* z dnia………………………………..Pozycja nr ………….…………………………………………… | 1. *Należy podać* ***szczegółowe uzasadnienie nie uwzględnienia*** *w planie/zmianie planu*
 |
| 1. *Czy zakup spowoduje przekroczenie limitu wydatków majątkowych określonych w planie ze środków własnych ?*
 |
| 1. *W przypadku przekroczenia limitu wydatków majątkowych będzie sporządzona korekta planu do dnia …………………………………………….*
 |

*Wniosek sporządził:*

*tel.:*

………………………………………………….

Podpis i pieczątka Dyrektora Zakładu

|  |
| --- |
| **W związku z niniejszym wnioskiem, na podstawie zarządzenia nr …………. Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia ………………. w sprawie nadania statutu ……………………………… w ………………….wnoszę o wyrażenie zgody na zakup…………………………………./przyjęcie darowizny……………………………………/nabycie…………..…………………..** ………………………………………………….Podpis i pieczątka Dyrektora Zakładu |

Rekomenduję/nie rekomenduję do zatwierdzenia . . . . . . . . . . . . . . . .

 (pieczęć, podpis Naczelnika Wydz.
 Ekonomicznego i Inwestycji, data)

Załączniki:

1. Opinia Rady Społecznej Zakładu
2. Info dodatkowe (zał.2)