

KRS-Z22	Sygnatura akt (wypełnia sąd)
Krajowy Rejestr Sądowy	Wniosek o zmianę danych podmiotu w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej SAMODZIELNY PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ
- Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, na maszynie, komputerowo lub ręcznie, wielkimi drukowanymi literami. - Wnioskodawca wypełnia pola jasne. - We wszystkich wypełnianych polach, w których występuje możliwość wyboru, należy wstawić X w jednym odpowiednim kwadracie. - Wszystkie pola, w których nie będą wpisane odpowiednie informacje, należy przekreślić. - 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. - Wniosek złożony z naruszeniem przepisu art. 19 ust. 3 ustawy z dnia 20 sierpnia 1997 r. o Krajowym Rejestrze Sądowym lub nieprawidłowo wypełniony podlega zwróceniu, bez wzywania do uzupełnienia braków.	
Miejsce na notatki sądu	Data wpływu (wypełnia sąd)
SĄD, DO KTÓREGO JEST SKŁADANY WNIOSEK	
1. Nazwa sądu Sąd Rejonowy	
SIEDZIBA PODMIOTU, KTÓREGO DOTYCZY WPIS	
2. Województwo	3. Powiat
4. Gmina	5. Miejscowość

Część A

A.1	DANE PODMIOTU, KTÓREGO DOTYCZY WPIS
6.	Numer KRS
7.	Oznaczenie formy prawnej: Samodzielny publiczny zakład opieki zdrowotnej
8.	Nazwa
9.	Numer identyfikacyjny REGON

Część B

B.1	DANE WNIOSKODAWCY
10.	Wnioskodawca:
☐ 1.	Podmiot, którego dotyczy wpis
☐ 2.	Inny wnioskodawca
Pola o numerach 11 i 12 należy wypełnić tylko wówczas, gdy w polu o numerze 10 zaznaczono „Inny wnioskodawca”. W pozostałych przypadkach pola te należy przekreślić.	

	11. Nazwa/firma lub nazwisko			
	12. Imię			
B.2 DANE ADRESATA KORESPONDENCJI				
B.2.1 Oznaczenie adresata korespondencji				
13. Nazwa/firma lub nazwisko				
14. Imię				
B.2.2 Adres do korespondencji				
15. Ulica		16. Nr domu	17. Nr lokalu	18. Miejscowość
19. Kod pocztowy	20. Poczta		21. Kraj	
B.3 DANE PEŁNOMOCNIKA PROCESOWEGO				
B.3.1 Oznaczenie pełnomocnika				
22. Nazwa/firma lub nazwisko				
23. Imię				
B.3.2 Adres pełnomocnika				
24. Ulica		25. Nr domu	26. Nr lokalu	27. Miejscowość
28. Kod pocztowy	29. Poczta		30. Kraj	

Część C

Wnoszę o dokonanie wpisu zgodnie z informacjami zamieszczonymi we wniosku i załącznikach:			
- Wszystkie informacje o podmiocie, które uległy zmianie, należy wpisać w odpowiednim polu, podając ich aktualną treść. - Jeśli któraś z informacji nie uległa zmianie, to pole przeznaczone na jej wpisanie należy przekreślić, a jeśli jest to pole, w którym występuje możliwość wyboru odpowiedzi, należy zaznaczyć odpowiedź „BEZ ZMIAN”.			
C.1 ZMIANA NAZWY PODMIOTU			
31. Nowa nazwa			
C.2 ZMIANA SIEDZIBY I/LUB ADRESU PODMIOTU			
- W przypadku zmiany siedziby podmiotu należy wypełnić pola oznaczone numerami od 32 do 40. - W przypadku zmiany adresu bez zmiany siedziby należy wypełnić pola oznaczone numerami od 36 do 40.			
32. Województwo		33. Powiat	
34. Gmina		35. Miejscowość	
36. Ulica		37. Nr domu	38. Nr lokalu
39. Kod pocztowy	40. Poczta		

C.3	ZMIANA ADRESU STRONY INTERNETOWEJ I/LUB ADRESU POCZTY ELEKTRONICZNEJ
	41. Nowy adres strony internetowej
	42. Nowy adres poczty elektronicznej
C.4	ZMIANA STATUTU
	43. Data zmiany statutu (dzień–miesiąc–rok) oraz numery zmienionych, dodanych, usuniętych paragrafów (innych jednostek redakcyjnych)
C.5	ZMIANA INFORMACJI O CZASIE, NA JAKI JEST UTWORZONY PODMIOT
	44. Podmiot jest utworzony na czas: ☐ 1. Oznaczony, jaki? ☐ 2. Nieoznaczony ☐ 3. Bez zmian
C.6	ZMIANA ORGANU SPRAWUJĄCEGO NADZÓR (organ samorządowy, organ administracji państwowej, właściwy minister, państwowa uczelnia medyczna lub państwowa uczelnia prowadząca działalność dydaktyczną i badawczą w dziedzinie nauk medycznych)
	45. Nazwa nowego organu
C.7	ZMIANA INFORMACJI O KIEROWNIKU SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO ZAKŁADU OPIEKI ZDROWOTNEJ
	46. Wpis dotyczy: ☐ 1. Wykreślenia jednego i wpisania nowego kierownika ☐ 2. Zmiany danych kierownika ☐ 3. Wykreślenia kierownika ☐ 4. Wpisania nowego kierownika 1. W przypadku zaznaczenia kwadratu 1 należy w polach oznaczonych numerami od 47 do 51 wpisać dane osoby wykreślanej, a w polach oznaczonych numerami od 52 do 57 dane nowej osoby. 2. W przypadku zaznaczenia kwadratu 2 należy w polach oznaczonych numerami od 47 do 51 wpisać dane dotychczasowe identyfikujące osobę, a w polach oznaczonych numerami od 52 do 57 tylko te dane, które uległy zmianie, pozostałe pola przekreślając. Przy czym: • jeśli zmiana dotyczy nazwiska dwuczłonowego, należy wpisać oba jego człony, • w przypadku zmiany jednego z imion należy wpisać oba imiona. 3. W przypadku zaznaczenia kwadratu 3 należy wypełnić pola oznaczone numerami od 47 do 51, a pola oznaczone numerami od 52 do 57 przekreślić. 4. W przypadku zaznaczenia kwadratu 4 należy wypełnić pola oznaczone numerami od 52 do 57, a pola oznaczone numerami od 47 do 51 przekreślić.
	Dane kierownika, którego dotyczy zmiana lub wykreślenie
	47. Nazwisko lub pierwszy człon nazwiska złożonego
	48. Drugi człon nazwiska złożonego
	49. Pierwsze imię
	50. Drugie imię
	51. Numer PESEL
	Dane nowego kierownika lub nowe dane kierownika w przypadku zmiany danych
	52. Nazwisko lub pierwszy człon nazwiska złożonego
	53. Drugi człon nazwiska złożonego
	54. Pierwsze imię
	55. Drugie imię
	56. Numer PESEL

	57. Kwalifikacje kierownika samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej
--	---

C.8	ZMIANA CELU DZIAŁANIA PODMIOTU
-----	--------------------------------

	58. Nowy cel działania
--	------------------------

C.9	ZMIANA INFORMACJI O DNIU KOŃCZĄCYM ROK OBROTOWY
-----	---

	59. Dzień kończący pierwszy rok obrotowy, za który należy złożyć sprawozdanie finansowe (dzień–miesiąc–rok):
	__ __ - __ __ - __ __ __ __ __ __

Część D

D.1	INFORMACJA O ZAŁĄCZNIKACH:
	1. W celu wpisania nowej jednostki terenowej lub wykreślenia jednostki terenowej, lub zmiany informacji o jednostce terenowej podmiotu należy wypełnić załącznik KRS-ZA Zmiana – oddziały, terenowe jednostki organizacyjne. 2. W celu wpisania rady społecznej będącej organem nadzoru należy wypełnić załącznik KRS-WK Organy podmiotu. 3. W celu wykreślenia rady społecznej, zmiany jej składu lub zmiany danych osób wchodzących w jej skład należy wypełnić załącznik KRS-ZK Zmiana – organy podmiotu. 4. W celu wpisania informacji o połączeniu samodzielnego publicznego zakładu opieki zdrowotnej z innym podmiotem należy wypełnić załącznik KRS-ZS Zmiana – połączenie, podział, przekształcenie. 5. W celu wpisania informacji (jeśli wcześniej nie była zgłaszana) o posiadanym przez podmiot numerze REGON należy wypełnić załącznik KRS-ZY Numer identyfikacyjny REGON, NIP.

D.1.1 Lista załączonych formularzy uzupełniających		
Lp.	Nazwa załącznika	Liczba załączników
1	KRS-ZA Zmiana – oddziały, terenowe jednostki organizacyjne	
2	KRS-WK Organy podmiotu	
3	KRS-ZK Zmiana – organy podmiotu	
4	KRS-ZS Zmiana – połączenie, podział, przekształcenie	
5	KRS-ZY Numer identyfikacyjny REGON, NIP	
6		

D.1.2	Lista załączonych dokumentów
-------	------------------------------

Lp.	Nazwa załączonego dokumentu	Liczba egzemplarzy	Określenie formy dokumentu: (należy wstawić znak X w odpowiednim polu)	
			papierowa	elektroniczna
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

D.2 OSOBY SKŁADAJĄCE WNIOSEK

	Imię i nazwisko	Data	Podpis

Miejsce na naklejenie znaków opłaty sądowej, potwierdzenie opłaty lub potwierdzenie przelewu