

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 świadczonych usług 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 urodzenianumer PESEL
 - numer telefonu w miejscu zamieszkanianumer faksu
 2. osobie, która będzie kierowała placówką:
imię i nazwiskoadres zamieszkania
 - Data urodzenianumer PESEL
 - Numer telefonu w miejscu zamieszkanianumer 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