Załącznik nr 2

Do rozporządzenia Ministra Polityki Społecznej
z dnia 28 kwietnia 2005r. (poz. 740)

WZÓR

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 1):
nazwa ....……..…….
adres …….……...……
numer telefonu ……numer faxu ……..……..……
numer identyfikacyjny REGON ……..…...……
numer identyfikacji podatkowej NIP …….……...……
3) osobie, która będzie kierowała placówką:
imię i nazwisko ……..……
adres zamieszkania ……..……..
data urodzenia…….numer PESEL ……..……..
numer telefonu w miejscu zamieszkania …… numer faxu ..…….
7. Wnoszę o wydanie zezwolenia na czas: określony, nieokreślony 1)

…… …….
(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 pieczątka osoby przyjmującej wniosek)

1) Niepotrzebne skreślić.