


<b>KRS-Z22</b>	Sygnatura akt (wypełnia sąd)
 <b>Krajowy Rejestr Sądowy</b>	<p><b>Wniosek o zmianę danych podmiotu w rejestrze stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji, publicznych zakładów opieki zdrowotnej</b></p> <p><b>PUBLICZNY ZAKŁAD OPIEKI ZDROWOTNEJ, KOLUMNA TRANSPORTU SANITARNEGO</b></p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Formularz należy wypełnić w języku polskim, czytelnie, na maszynie, komputerowo lub ręcznie, wielkimi, drukowanymi literami.</li> <li>• Wnioskodawca wypełnia pola jasne.</li> <li>• We wszystkich wypełnianych polach, w których występuje możliwość wyboru, należy wstawić X w jednym odpowiednim kwadracie.</li> <li>• Wszystkie pola, w których nie będą wpisane odpowiednie informacje, należy przekreślić.</li> <li>• 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.</li> <li>• Wniosek złożony z naruszeniem przepisu art. 19 ust. 2 ustawy o Krajowym Rejestrze Sądowym lub nieprawidłowo wypełniony podlega zwróceniu, bez wzywania o uzupełnienie braków.</li> </ul>	
<b>Miejsce na notatki Sądu</b>	<b>Data wpływu (wypełnia Sąd)</b>

**SĄD, DO KTÓREGO SKŁADANY JEST 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: <i>(Należy zaznaczyć odpowiedni kwadrat)</i>	
<input type="checkbox"/> 1. Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej	<input type="checkbox"/> 2. Kolumna Transportu Sanitarnego
8. Nazwa	
9. Numer identyfikacyjny REGON	_____

**Część B**

**B.1 DANE WNIOSKODAWCY**

10. Wnioskodawca:	
<input type="checkbox"/> 1. Podmiot, którego dotyczy wpis	<input type="checkbox"/> 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 na 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.
- Jeśli podmiot, którego siedzibą jest Warszawa, zmienił adres, a z tym związana jest również zmiana gminy, należy wówczas wypełnić pola oznaczone numerami od 32 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 STATUTU**

41. Data zmiany statutu (dzień – miesiąc – rok) oraz numery zmienionych, dodanych, usuniętych paragrafów (innych jednostek redakcyjnych)

**C.4 ZMIANA INFORMACJI O CZASIE, NA JAKI UTWORZONY JEST PODMIOT**

42. Podmiot utworzony jest na czas:

1. Oznaczony, jaki ?

2. Nieoznaczony

3. Bez zmian

**C.5 ZMIANA INFORMACJI O KIEROWNIKU**

43. 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 44 do 48 wpisać dane osoby wykreślanej, a w polach oznaczonych numerami od 49 do 54 dane nowej osoby.*

2) *W przypadku zaznaczenia kwadratu 2 należy w polach oznaczonych numerami od 44 do 48 wpisać dane dotychczasowe identyfikujące osobę, a w polach oznaczonych numerami od 49 do 54 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 44 do 48, a pola oznaczone numerami od 49 do 54 przekreślić.*

4) *W przypadku zaznaczenia kwadratu 4 należy wypełnić pola oznaczone numerami od 49 do 54, a pola oznaczone numerami od 44 do 48 przekreślić.*

*Uwaga ! Pole o numerze 54 dotyczy tylko kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej.*

**Dane kierownika, którego dotyczy zmiana lub wykreślenie**

44. Nazwisko lub pierwszy człon nazwiska złożonego	45. Drugi człon nazwiska złożonego
46. Pierwsze imię	47. Drugie imię
48. Numer PESEL	

**Dane nowego kierownika lub nowe dane kierownika w przypadku zmiany danych**

49. Nazwisko lub pierwszy człon nazwiska złożonego	50. Drugi człon nazwiska złożonego
51. Pierwsze imię	52. Drugie imię
53. Numer PESEL	
54. Kwalifikacje kierownika publicznego zakładu opieki zdrowotnej	

**C.6 ZMIANA CELU DZIAŁANIA PODMIOTU**

55. Nowy cel działania

	C.d. nowego celu działania
--	----------------------------

## 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 informacji (jeśli wcześniej nie była zgłaszana) o posiadanym przez podmiot numerze REGON należy wypełnić załącznik KRS-ZY „Numer identyfikacyjny REGON, numer identyfikacji podatkowej NIP”.

#### D.1.1 Lista załączonych formularzy uzupełniających

Lp.	Nazwa załącznika	Liczba załączników
1.	KRS-ZA Zmiana – oddziały, terenowe jednostki organizacyjne	
2.	KRS-ZY Numer identyfikacyjny REGON, numer identyfikacji podatkowej NIP	
3.		
4.		

#### D.1.2 Lista załączonych dokumentów

	Nazwa załączonego dokumentu	Liczba egzemplarzy	Określenie formy dokumentu: (Należy wstawić znak X w odpowiednim polu)	
			papierowa	elektroniczna
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				

### D.2 OSOBY SKŁADAJĄCE WNIOSEK

Imię i nazwisko	Data	Podpis

Miejsce na naklejenie znaczków sądowych, potwierdzenie opłaty ew. potwierdzenie przelewu