

SAMODZIELNY PUBLICZNY WOJEWÓDZKI
SZPITAL ZESPOLONY
UL. AKOŃSKA 4
71-455 SZCZECIN
NIP: 851-25-37-954

(pełna nazwa/imię i nazwisko wnioskodawcy,
adres, REGON, NIP)

OŚWIADCZENIE

Oświadczam/*my/*, że stan prawny oraz dane i informacje zawarte w:

- 1) zaświadczeniu o numerze identyfikacyjnym REGON z dnia 17.12.2012 r. , wydanym przez Urząd Statystyczny w Szczecinie;*
- 2) decyzji w sprawie nadania numeru identyfikacji podatkowej (NIP) z dnia 07.12.1998 r. , wydanej przez Pierwszy Urząd Skarbowy w Szczecinie;*
- 3) Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej (CEIDG);*
- 4) . Statucie Samodzielnego Publicznego Wojewódzkiego Szpitala Zespólnego w Szczecinie/**, nadanego Uchwałą Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego Nr 1002/12 z dnia 20.06.2012r., wraz ze zmianami nadanymi następującymi Uchwałami Zarządu Województwa Zachodniopomorskiego: Nr 1668/12 z dn. 08.10.2012r., Nr 137/13 z dn. 30.01.2013r., Nr 153/14 z dn. 29.01.2014r., Nr 906/14 z dn. 28.05.2014r., Nr 1884/14 z dn. 29.10.2014r., Nr 416/15 z dn. 26.03.2015r.;*
- 5) umowie spółki/**, z dnia, wraz z następującymi zmianami;*
- 6) następujących koncesjach/zezwoleń*

nie uległy zmianie, są nadal aktualne i zgodne ze stanem faktycznym na dzień 18.05.2015 r.

Wiarygodność powyższych danych oraz ich zgodność ze stanem faktycznym i prawnym potwierdzam własnoręcznym podpisem.

ZASTĘPCA DYREKTORA
ds. Ekonomiczno-Administracyjnych

Małgorzata Osiełka

(pieczęć i podpisy osób upoważnionych)

Szczecin., dnia. 21.05.2015 r.

/*niepotrzebne skreślić

/** podać pełną nazwę

*** wypełnia Bank

GŁÓWNY KSIĘGOWY
SEWUSZ
Marcin Kiełtrzyński