

.....
Pieczęć firmowa

.....
Kod świadczeniodawcy

AKTUALIZACJA DANYCH IDENTYFIKACYJNYCH ŚWIADCZENIODAWCY

W związku z częściową blokadą w zakresie możliwości edycji danych identyfikacyjnych świadczeniodawcy w Portalu Potencjału (Dane Świadczeniodawcy) zgłaszam nw. zmiany, które należy uwzględnić przy zawieraniu umowy ZPO na 2011 rok.

Dane podstawowe - dane ogólne:

Nazwa świadczeniodawcy:

Nazwa skrócona:

Forma organizacyjna:

Data ważności OC:

Kody resortowe:

Nr księgi rejestrowej (część I K.R.):

Kod terytorialny (część II K.R.):

Rodzaj podmiotu założycielskiego (część III K.R.):

Forma gospodarki finansowej (część IV K.R.):

Dane adresowe – adres siedziby:

Miejscowość:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Poczta:

Dane adresowe – adres korespondencyjny:

Miejscowość:

Ulica:

Nr domu:

Nr lokalu:

Kod pocztowy:

Poczta:

Fax:

Telefon:

Dane kontaktowe – fax:

Administracja – kierownik:

Imię i nazwisko:

Organ założycielski:

Rodzaj Podmiotu założycielskiego (część III K.R.):

NIP:

REGON:

Nazwa:

Kod terytorialny:
Miejscowość:
Ulica:
Numer domu:
Numer lokalu:
Kod pocztowy:
Pocztą:
Telefon:
Fax:
E-mail:
WWW:

Osoby reprezentujące (zgodnie z dokumentami rejestrowymi lub pełnomocnictwami):

- 1.
- 2.
- 3.

Wpisy do rejestrów:

Numer wpisu:
Organ rejestrujący:
Data wpisu:
Data aktualizacji:

Numer wpisu:
Organ rejestrujący:
Data wpisu:
Data aktualizacji:

Uwaga!

Wypełnić należy wyłącznie pozycje dla których mają zostać wprowadzone zmiany, wpisując aktualne dane. Dane muszą być zgodne z dokumentami rejestrowymi, załączonymi do wniosku.

.....
Miejscowość, dnia

.....
Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji świadczeniodawcy