

**Podstawowe informacje o działalności gospodarczej**

Nazwa klienta

Samodzielny Publiczny Zakład Opieki Zdrowotnej Wojewódzki Szpital Zespolony im. Jędrzeja Śniadeckiego w Białymstoku

**WSZYSTKIE KWOTY W TYS.**

**DANE ADRESOWE\***

REGON	050657729	NIP	5422529292
Forma prawna	SPZOZ		
Osoba kontaktowa	Karol Kozłowski	Stanowisko	Główny Księgowy
Nr telefonu (kom)		Nr telefonu (biuro)	085 74 88 508
Adres e-mail	ksiegowosc@sniadecja.pl	Strona www	sniadecja.pl
<b>Adres siedziby</b>			
Ulica	M. Skłodowskiej-Curie	Numer	26
Miejscowość	Białystok	Kod pocztowy	15-950
		Lokal	
		Województwo	Podlaskie

Miejsce prowadzenia działalności  jak wyżej

**PODSTAWOWE INFORMACJE\***

Krótki opis prowadzonej działalności	Udzielanie świadczeń zdrowotnych		
Miesiąc i rok rozpoczęcia działalności (rrrr-mm)		Liczba pracowników w przeliczeniu na pełne etaty	1085
Kod PKD działalności wg PKD 2007 (zgodnie z REGON)	86.10 Działalność szpitali		Jaka część (w %) kapitału podstawowego klienta została wniesiona aportem? 100,00%

Proszę podać rozkład przychodów klienta na poszczególne produkty lub usługi (kategorie obejmujące co najmniej 10% przychodu lub pięć największych)

Produkt, towar lub usługa	Procent przychodu w ostatnim roku obrotowym
Udzielanie świadczeń zdrowotnych	99,00%

Proszę podać informacje o udziałowcach/akcjonariuszach klienta posiadających co najmniej 20% lub więcej udziałów/akcji lub pięciu największych

Imię i Nazwisko/Nazwa	Forma prawna	% udziałów /akcji	PESEL lub REGON
Samorząd Województwa Podlaskiego	osoba prawna	100	50667685

Proszę podać skład zarządu klienta oraz inne osoby kluczowe dla działalności podmiotu

Imię i nazwisko	Stanowisko (Prezes Zarządu / członek Zarządu / dyrektor finansowy / główny księgowy)	PESEL	Liczba lat na obecnym stanowisku	Doświadczenie w obszarze działalności klienta (liczba lat)
Cezary Nowosielski	Dyrektor		3	20
Małgorzata Strankowska	Z-ca Dyrektora ds. Pielęgniarstwa		7	23
Karol Kozłowski	Główny Księgowy		5	10

Podmioty powiązane organizacyjnie\*\*

Imię i Nazwisko/Nazwa	PESEL lub REGON	Opis powiązania

\*\* a) kontrola nad podmiotem poprzez członków zarządu, akcjonariusza większościowego lub małżonka akcjonariusza większościowego bez rozdzielności majątkowej,  
b) mniejszościowy udział w zarządzaniu podmiotem poprzez członków zarządu lub prokurentów

Podmioty powiązane kapitałowo - udziały Klienta w innych podmiotach

Imię i Nazwisko/Nazwa	PESEL lub REGON	% udziałów

Jaki jest zasięg terytorialny sprzedaży klienta?	Udział %
przychody z działalności krajowej	100%
przychody z działalności zagranicznej	0%

Kwartał % rocznych przychodów w kwartale ***	I	II	III	IV
	21%	24%	27%	28%

\*\*\* dane za ostatni zamknięty rok obrotowy

Jaki procent zakupów klienta stanowi import? 0%

Proszę podać dane 5 największych dostawców i odbiorców (informacje za ostatni rok obrotowy)

Nazwa	Adres	Okres współpracy (w m-cach)	Kwota sprzedaży	Terminy płatności (w dniach)
Narodowy Fundusz Zdrowia Podlaski Oddział Wojewódzki	Białystok, ul. Pałacowa 3	160		14
UDSK im. L. Zamenhofa	Białystok, ul. Waszyngtona 17	153		14
Apteka AMICA Tur Franciszek	Białystok, ul. M. Skłodowskiej-Curie 23	153		14
SP ZOZ MSWiA	Białystok, ul. Fabryczna 27	153		14
IZAN+ Sp. z o.o.	Kraków, ul. Żabiniec 46	52		7,14,30

Nazwa	Adres	Okres współpracy (w m-cach)	Kwota zakupów	Terminy płatności (w dniach)
MEDASSIST Sp. z o.o.	Kraków, ul. Żabiniec 46	52		60
URTICA PGF Sp z o.o.	Wrocław, ul. Krzemieniecka 120	69		60
Lekarska Spółka Partnerska Chirurgia NOVA	Białystok, ul. Choroszczańska 24	86		14
T. Federiczuk i Partnerzy Spółka Partnerska	Białystok, ul. Wysoki Stoczek 15A/38	86		14
Bialmed Sp z o.o.	Biała Piska, ul. Konopnickiej 11 a	68		60

Wymagane koncesje i zezwolenia

Koncesja/zezwolenie	Czy aktualnie posiadana/e?	Data ważności (dd-mm-rrrr)

**STRUKTURA WIEKOWA NALEŻNOŚCI I ZOBOWIĄZAŃ HANDLOWYCH**

Należności		Zobowiązania	
Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****	Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****
Należności ogółem	11 766,00	Zobowiązania ogółem	103 188,00
z tego :		z tego :	
Terminowe	7 782,00	Terminowe	91 677,00
Przeterminowane (kwoty obejmują odpisy aktualizacyjne w kwocie 3155 tys. zł)	3 994,00	Przeterminowane	11 511,00
1-30 dni	52,00	1-30 dni	2 970,00
31-90 dni	2 192,00	31-90 dni	3 851,00
91-360 dni	180,00	91-360 dni	4 532,00
Powyżej 360 dni	1 568,00	Powyżej 360 dni	158,00

Stan na dzień ostatniego zamkniętego kwartału (rrrr-mm-dd) 2018-03-31

\*\*\*\*Kwoty należności i zobowiązań podane:

**Komentarz dla należności przeterminowanych powyżej 90 dni**

Nazwa podmiotu	Kwota	Okres przeterminowania	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)
Konrahenci Szpitala, pacjenci nieubezpieczeni	1 748,00	powyżej 90 dni	Należności są dochodzone na drodze sądowej

**Komentarz dla zobowiązań przeterminowanych powyżej 90 dni**

Nazwa podmiotu	Kwota	Okres przeterminowania	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)
Dostawcy Szpitala	4 690,00	powyżej 90 dni	01.06.2018

**AMORTYZACJA (jeśli nie figuruje w sprawozdaniach finansowych)**

W ostatnim zamkniętym roku obrotowym  Od początku roku do końca ostatniego zamkniętego kwartału

**OBŚLUGA ZADŁUŻENIA (suma spłat kapitałowych rat kredytów oraz transz z tytułu obsługi papierów dłużnych)**

W ostatnim zamkniętym roku obrotowym 2017  2 631 579,00 Od początku roku do końca ostatniego zamkniętego kwartału 2018  657 894,75

**WSPÓŁPRACA Z INNYMI BANKAMI I INSTYTUCJAMI FINANSOWYMI\***

Ilość przypadków nieterminowego regulowania zobowiązań	Długość trwania zaległości	Kwota zaległości	
		Min	Max
Brak			

Instytucje finansowe z którymi współpracuje klient

Nazwa instytucji	Zakres współpracy							
Bank Millennium S.A.	kredyty/finansowanie	rachunek	X	depozyt	X	transakcje skarbowe (FX, terminowe, pochodne)		
PKO BP	kredyty/finansowanie	X	rachunek	depozyt		transakcje skarbowe (FX, terminowe, pochodne)		
BGK	kredyty/finansowanie	X	rachunek	depozyt	X	transakcje skarbowe (FX, terminowe, pochodne)		

Czy na dzień składania wypełnionego formularza klient posiada wymagalne zaległości wobec ZUS, US, pracowników lub inne zaległe zobowiązania publiczno-prawne, a w przypadku realizowanego postępowania układowego z tytułu ww. zaległych zobowiązań publiczno-prawnych, nie realizuje terminowo tego zadłużenia?

NIE

Nazwa podmiotu****	Kwota	Okres zaległości	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)

\*\*\*\*proszę wypełnić w przypadku zaległości

PODPISY

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

DYREKTOR SZPITALA

dr n. med. Cezary Ireneusz Nowosielski

Stempel klienta i podpisy osób upoważnionych

\* proszę wypełnić w przypadku zmian w stosunku do poprzednio wypełnianego formularza

Blasie, 26.09.2018

Miejscowość, data