

sh. 1

zatem nr 1 do pisma
z dn. 29.8.16
odpowiedź na pytanie 15

Podstawowe informacje o działalności gospodarczej

2

Nazwa klienta

Zespół Opieki Zdrowotnej w Lidzbarku Warmińskim

WSZYSTKIE KWOTY W TYS.

DANE ADRESOWE*

REGON	000308459	NIP	7431641641
Forma prawna	SZCZOL		
Osoba kontaktowa	Maria Podgajewska	Stanowisko	p.o. Gł. Księgowy
Nr telefonu (kom)	503139160	Nr telefonu (biuro)	89 767 22 71 wew. 283
Adres e-mail	sl.kisiegowy@szczol.pl	Strona www	www.szczol.pl
Adres siedziby			
Ulica	Kard. St. Wyszyńskiego	Numer	37
Miejscowość	Lidzbark Warmiński	Kod pocztowy	11-100
		Województwo	warmińsko-mazurskie

Miejsce prowadzenia działalności jak wyżej

PODSTAWOWE INFORMACJE*

Krótki opis prowadzonej działalności	Udzielanie świadczeń zdrowotnych - prowadzenie działań służących zachowaniu, ratowaniu, przywracaniu lub poprawie zdrowia, innych działań medycznych oraz promocja zdrowia		
Miesiąc i rok rozpoczęcia działalności (rrrr-mm)	lip-98	Liczba pracowników w przeliczeniu na pełne etaty	159
Kod PKD działalności wg PKD 2007 (zgodnie z REGON)	86.10 Działalność szpitali		
Jaka część (w %) kapitału podstawowego klienta została wniesiona aportem?			

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
Świadczenia opieki zdrowotnej - leczenie szpitalne	58,25%
Świadczenia opieki zdrowotnej - ratownictwo medyczne	13,88%
Świadczenia opieki zdrowotnej - Ambulatoryjna Opieka Specjalistyczna	10,10%

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
Powiat Lidzbarski	osoba prawna	100	510742528

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)
Agnieszka Łasowa	Dyrektor	63121800029	9	32

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	

Kwartał % rocznych przychodów w kwartale ***	I	II	III	IV
	25%	25%	25%	25%

*** dane za ostatni zamknięty rok obrotowy

Jaki procent zakupów klienta stanowi import?

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)
Warmińsko-Mazurski Oddział Wojewódzki Narodowego Funduszu Zdrowia	10-561 Olsztyn, ul. Żołnierska-16	141	16 180,00	15
Osoby fizyczne			239,00	0
Samodzielny Niepubliczny ZOZ Medicus	11-100 Lidzbark Warmiński, ul. 11-go Listopada 15	58	106,00	14
Powiatowy ZOZ Centrum Zdrowia Medica	14-100 Ostróda, ul. Władysława Jagiełły 1	30	85,00	14
Apteka Melissa	11-210 Sępólno, Plac Spółdzielczy 6	58	82,00	14

Nazwa	Adres	Okres współpracy (w m-cach)	Kwota zakupów	Terminy płatności (w dniach)
Hospital Service "Company" Sp. z o.o. Spółka komandytowa	53-111 Wrocław, ul. Śleza 118	67	438,00	60
Indywidualna Praktyka Lekarska Piotr Troska	10-220 Olsztyn, ul. Wojska Polskiego 60/2	71	263,00	15
I.S.P.L. Ortopedia i Traumatologia Roman Grzybowski	11-200 Bartoszyca, ul. Generała Bema 40	51	250,00	15
VEOLJA (dawniej Dalka Północ, dawniej PEC)	86-105 Świecie, ul. Giepla 9	220	250,00	14
Indywidualna Praktyka Lekarska Urszula Łuczowska	11-040 Dobre Miasto, ul. Malczewskiego 8/3	71	247,00	15

Wymagane koncesje i zezwolenia	Koncesja/zezwolewanie	Czy aktualnie posiadana/e?	Data ważności (dd-mm-rrrr)

STRUKTURA WIEKOWA NALEŻNOŚCI I ZOBOWIĄZAN HANDLOWYCH

Należności		Zobowiązania	
Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****	Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****
Należności ogółem	1 441,00	Zobowiązania ogółem	2 320,00
z tego:		z tego:	
Terminowe	1 440,00	Terminowe	1 179,00
Przeterminowane		Przeterminowane	
1-30 dni	0,60	1-30 dni	328,00
31-90 dni	0,30	31-90 dni	244,00
91-360 dni	0,10	91-360 dni	341,00
Powyżej 360 dni	0,60	Powyżej 360 dni	128,00

****Kwoty należności i zobowiązań podane: []

Komentarz dla należności przeterminowanych powyżej 90 dni

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

Komentarz dla zobowiązań przeterminowanych powyżej 90 dni

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

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	330,00	Od początku roku do końca ostatniego zamkniętego kwartału	224,50
--------------------------------------	--------	---	--------

WSPÓLPRACA Z INNYMI BANKAMI I INSTYTUCJAMI FINANSOWYMI*

Ilość przypadków nieterminowego regulowania zobowiązań	[0]	Długość trwania zaległości	[]	Kwota zaległości	[]
--	-------	----------------------------	-----	------------------	-----

Nazwa instytucji	Zakres współpracy			
	kredyty/finansowanie	rachunek	depozyt	transakcje skarbowe (FX, terminowe, pochodne)
EFL Finance S.A.	X			
M.W. Trade S.A.	X			
Skarbiec Zdrowia Funduszy Inwestycyjny Zamknięty Aktywów Niepublicznych	X			

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

Wierzę w prawdziwość powyższych danych oraz ich zgodność ze stanem faktycznym i prawnym potwierdzam własnoręcznym podpisem.

DYREKTOR
Zespołu Opieki Zdrowotnej
w Lidzbarku Warmińskim
[Podpis]

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
W LIDZBARKU WARMIŃSKIM**
ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 37
11-100 Lidzbark Warmiński
woj. warmińsko-mazurskie
tel. (89) 767 25 61, fax (89) 767 29 66
NIP 743 16 41 641 • REGON 000308459

Lidzbark Warmiński, 23-11-2016
Miejscowość, data

ZANGAŻOWANIA KREDYTOWE POZA BGK

Nazwa Klienta: **Zespół Opieki Zdrotowej w Lidzbarku Warmińskim**

Proszę podać wszystkie zaangażowania Klienta wobec innych podmiotów niż BGK (bilansowe i pozabilansowe*)

Lp	Nazwa podmiotu	Tytuł długu	Kwota ekspozycji wg umowy	Waluta	Data zaparcia umowy (dd-mm-rrrr)	Data całkowitej spłaty (dd-mm-rrrr)	Zahipoteczenia:		Zaangażowanie na dzień sporządzenia zestawienia		w tym przekreślowane:		Typ spłaty (spłata miesięczna, kwartalna, jednorazowa)
							Rodzaj	Wartość	Kwota zadłużenia	Kwota do wykorzystania	Kapitał	Obeści	
1	ETF Eklavite S.A.	Kapitał	97 200,00	PLN	15-07-2014	05-07-2018	wobec własny	97 200,00	03 650,11	0,00	0,00	0,00	miesięcznie
2	Starbucks - Złotowa Fundacja Inwestycyjna Zamojski Zabytkowy Kompleks (nieaktywny)	pożyczka	700 000,00	PLN	03-04-2015	31-03-2018	wobec własny	700 000,00	550 000,08	0,00	0,00	0,00	miesięcznie
3	MAVIMAC S.A.	pożyczka	220 000,00	PLN	30-09-2015	30-09-2018	wobec własny	220 000,00	432 000,00	0,00	0,00	0,00	miesięcznie

Czy wszystkie powyższe zaangażowania były w ciągu ostatnich 12 miesięcy obsługiwane terminowo? **TAK**

Zaszczerwanie transakcyjnych transakcji stałymi w zamianach z innymi podmiotami (z pełnymi kwotami nominalnymi daty wstępu i powstania) kwartalnie (kwartał bieżący i poprzedni)

Nazwa podmiotu	Strona tytułu (popyt/cecha)	Numer transakcji	Izota transakcji	Wzrost transakcji	Terminowa wartość / zamknięcie	Wzrost / wywóz	Rodzaj zabezpieczenia (np. depozyt, zabezpieczenie, limit stanowiący)	Dodatkowe warunki (np. możliwość powołania w trybie w trybie)	Sumaryczny nominalny wzrost / wywóz w danym okresie	Termin zapadłości
Czynne transakcje stałymi										
* należy podać jedynie aktywne transakcje bilansowe oraz transakcje bilansowe i bilansowe (z tym tytułem wywóz w trybie zamknięcia, jeżeli zamknięcie (bilansowe) zobowiązania np. w wyniku zamknięcia transakcji spotywnych lub odpowiednio stanowiących w trybie.										
Nazwa podmiotu	Kwota limitu	Wzrost limitu	Data ważności limitu (dd-mm-rrrr)	Typ transakcji dostępne w trybie limitu		Maksymalne dostępne kwoty dla poszczególnych typów transakcji		Typ zabezpieczenia		Wzrost zabezpieczenia

DYREKTOR

Zespół Opieki Zdrotowej w Lidzbarku Warmińskim

Stempel Klienta i podpis osoby upoważnionej

* W szczególności:
 - owaracanie bankowe
 - powarcenie udzielone innym podmiotom
 - aktywny
 - wykup wierzytelności
 - leasing i faktoring
 inne

**ZESPÓŁ OPIEKI ZDROWOTNEJ
 W LIDZBARKU WARMIŃSKIM**
 ul. Kard. Stefana Wyszyńskiego 37
 11-100 Lidzbark Warmiński
 woj. warmińsko-mazurskie
 tel. (89) 767 25 61 fax (89) 767 29 66
 NIP 743 10 41 641 • REGON 000309459

Uchwała Zarządu, 25-11-2018
 Miejsce, data