

Podstawowe informacje o działalności gospodarczej

Załącznik nr 2 do Listy wymaganych dokumentów

Nazwa klienta

Wzrostaki Szpital Zespólny w Koniń

WSZYSTKIE KWOTY W TYS.

REGON

000011981

NIP

6001042375

Forma prawna

SPZOZ

Osoba kontaktowa

Dorota Kocuba

Stanowisko

Główny Księgowy

Nr telefonu (kom)

725730091

Nr telefonu (biuro)

624041105

Adres e-mail

forma.kontak@szpital-konin.pl

Strona www

szpital-konin.pl

Adres siedziby

Ulica

Świętokrzyska

Numer

43

Lokal

Miejscowość

Koniń

Kod pocztowy

62-500

Województwo

wielkopolskie

Miejsce prowadzenia działalności jak wyżej

Miasto	Zakres prowadzonej działalności	Czy nieruchomość jest własnością klienta?
Koniń	inne	NIE

PODSTAWOWE INFORMACJE*

Krótki opis prowadzonej działalności

Celem WZS w Koniń jest udzielanie świadczeń zdrowotnych, zapobieganie powstawaniu chorób i urazów, a także świadczenie oświaty zdrowotnej i promocji zdrowia

Miesiąc i rok rozpoczęcia działalności (rrrr-mm)

19.11.1975

Liczba pracowników w przeliczeniu na pełne etaty

1135,76

Jaka część (w %) kapitału podstawowego klienta została wniesiona aportem?

Kod PKD działalności wg PKD 2007 (zgodnie z REGON)

86.10 Działalność szpitala

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
usługi - lecznicze szpitalne w ramach umów z NFZ - hospitalizacja wraz z SOR	75,77%
usługi lecznicze szpitalne w ramach umów z NFZ - programy lekowe oraz chemioterapia	8,85%
usługi - świadczenia odrębnie kontraktowane w ramach umów z NFZ	4,99%
usługi - rehabilitacja lecznicza w ramach umów z NFZ	2,49%
usługi - świadczenia AOS w ramach umów z NFZ	1,83%

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
NIE DOTYCZY / SPZOZ - jednostka podlega Samorządowi Województwa Wielkopolskiego			

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)
Łukasz Dołata	Dyrektor		2	2
Dorota Kocuba	Główny Księgowy		7	20

Podmioty powiązane organizacyjnie**

Imię i Nazwisko/Nazwa	PESEL lub REGON	Opis powiązania
NIE DOTYCZY		

** a) kontrola nad podmiotem poprzez członków zarządu, akcjonariusza większościowego lub małżonka akcjonariusza większościowego bez rozdzielenia 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
NIE DOTYCZY		

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
	23%	24%	24%	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)
WOW NFZ w Poznaniu	Poznań, ul. Górnwaldzka 15A	12	143 420,48	14
Wojewódzkie Centrum Reumatyzmowa Młodych Sp. z o.o.	Konin, ul. Wyszynskiego 1	11	419,26	po wpływie środków z NFZ
Centrum Usług Publicznych Zakład Opieki Zdrowotnej w Słupcy	Słupca, ul. Traugutta 7	12	287,90	30
Przychodnia Lekarska "Szarotka"	Konin, ul. Szpitalna 45	12	213,75	21
Schniker Sp. z o.o. Oddział Konin	Konin, ul. Szpitalna 45	12	266,27	21

Nazwa	Adres	Okres współpracy (w m-cach)	Kwota zakupów	Terminy płatności (w dniach)
I-KAR Sp. z o.o.	Poznań, ul. Sycyna 6/12	12	9 677,67	30
Komulabent IT Sp. z o.o.	Poznań, ul. Romana Hetma 1	12	4 499,93	30
Kombar Sp. z o.o.	Warszawa, ul. Piłsnecka 405A	12	7 024,38	60
Urbca Sp. z o.o.	Wrocław, ul. Krzeszowiecka 120	12	2 501,14	60
Hospital Services "Company" Sp. z o.o.	Wrocław, ul. Sileska 113	12	2 277,51	60

Wymagane koncesje i zezwolenia

Koncesja/zezwole nie	Czy aktualnie posiadana/e?	Data ważności (dd-mm-rrrr)
NIE DOTYCZY		

3. KONTROLA WYKONANIA WALEŻNOŚCI I ZOBOWIĄZAŃ HANDELOWYCH

Należności		Zobowiązania	
Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****	Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****
Należności ogółem	12 518,11	Zobowiązania ogółem	10 273,12
z tego:		z tego:	
Terminowe	12 322,97	Terminowe	10 147,51
Przeterninowane	195,19	Przeterninowane	30,61
1-30 dni	34,69	1-30 dni	30,26
31-90 dni	69,52	31-90 dni	0,32
91-360 dni	90,98	91-360 dni	0,03
Powyżej 360 dni	0,00	Powyżej 360 dni	0,00

****Kwoty należności i zobowiązań podane: Z ODPISAMI AKTUALIZACyjNYMI

Komentarz dla należności przeterminowanych powyżej 90 dni

Nazwa podmiotu	Kwota	Okres przeterminowania	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)
kwota nieistotna z punktu widzenia płynności finansowej WŚZ w Koninie			

Komentarz dla zobowiązań przeterminowanych powyżej 90 dni

Nazwa podmiotu	Kwota	Okres przeterminowania	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)
kwota nieistotna z punktu widzenia oszczędności zdolności kredytowej WŚZ w Koninie (kwoty kwestionowane przez WŚZ jako niezasadne)			

4. WYKONANIE (a) i) nie dotyczy w sprawozdaniach finansowych

W ostatnim zamkniętym roku obrotowym	16 610,44	Od początku roku do końca ostatniego zamkniętego kwartału	7 000,96
--------------------------------------	-----------	-----------------------------------------------------------	----------

5. ZADŁOŻENIA ZADŁOŻENIA (jako spółka handlowa) z tytułu obciążenia papierami dłużnymi

W ostatnim zamkniętym roku obrotowym	1 246,72	Od początku roku do końca ostatniego zamkniętego kwartału	633,21
--------------------------------------	----------	-----------------------------------------------------------	--------

(podane kwoty nie obejmują zapłaconych kwot zakupów na raty)

6. WYKONANIE ZOBOWIĄZAŃ BANKAMI I INSTYTUCJAMI FINANSOWYMI*

Ilość przypadków nieterminowego regulowania zobowiązań	Min	Max	Min	Max
0				
Długość trwania zaległości	Kwota zaległości			

Instytucje finansowe z którymi współpracuje klient

Nazwa instytucji	Zakres współpracy					
Bank Spółdzielczy w Koninie	kredyty/finansowanie	X	rachunek	X	depozyt	transakcje skarbowe (FX, terminowe, pochodne)
Giełd Nohie Bank	kredyty/finansowanie	X	rachunek		depozyt	transakcje skarbowe (FX, terminowe, pochodne)
Wojewódzki Fundusz Ochrony Środowiska i Gospodarki Wodnej w Poznaniu	kredyty/finansowanie	X	rachunek		depozyt	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			

Podpisz

Wojewódzki Szpital Zespolony
62-504 Konin
ul. Szpitalna 45
tel. (063) 240-40-00 fax (063) 240-05-44
Regon 00031158 NIP 085-104-21-76

Główny Księgowy
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
w Koninie

mgr Dorota Kotecka

DYREKTOR
Wojewódzkiego Szpitala Zespolonego
w Koninie

Konin, 16.07.2015r.
Miejscowość, data

Łukasz Dolata

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