

**PODSTAWOWE DANE SPRAWOZDAWCZE SAMODZIELNEGO PUBLICZNEGO DZIECIĘCEGO SZPITALA  
KLINICZNEGO W WARSZAWIE ZA ROK 2015**

1. Suma bilansowa - 144 591 465,80 zł
2. Strata bilansowa - 25 319 336,75 zł
3. Suma przychodów z działalności podstawowej - 103 145 520,23 zł.

4. Liczba zatrudnionych osób 1191

5. Szpital prowadzi działalność w dwóch placówkach:

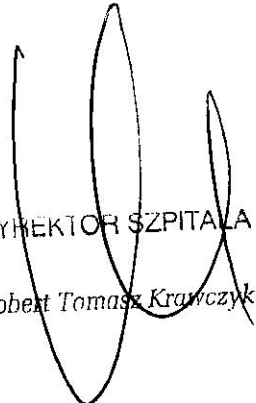
- przy ulicy Żwirki i Wigury 63 A
- przy ulicy Pawińskiego 7

6. Księgi rachunkowe prowadzone są w siedzibie Szpitala przy ulicy Żwirki i Wigury 63 A

Jednostka działa na podstawie Statutu nadanego uchwałą nr 46/2016 Senatu Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego z dnia 23 maja 2016 r.

Wpis do Krajowego Rejestru Sądowego Sądu Rejonowego dla m.st. Warszawy – IX Wydział Gospodarczy – Nr 0000158332.

Wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą pod Nr 000000018575

  
DYREKTOR SZPITALA  
Robert Tomasz Krawczyk

Warszawa, dnia 07 września 2016r.

.....  
(Pieczęć komórki organizacyjnej wnioskującej)

**WNIOSEK NA WYKONANIE USŁUGI**

NR ..... / ..... / .....

(symbol komórki wnioskującej) / (numer wniosku wg komórki wnioskującej) / (rok)

~~poza planem rocznym~~ / w ramach planu rocznego\*

1. WNIOSKUJĘ O UDZIELENIE ZAMÓWIENIA NA USŁUGĘ (opis przedmiotu zamówienia),  
(zgodnie z Załącznikiem Nr .... - o ile dotyczy):

BADANIE SPRAWOZDANIA FINANSOWEGO ZA ROK 2016

2. UZASADNIENIE / KONSEKWENCJE NIEZREALIZOWANIA ZAMÓWIENIA:

Wymóg ustawy o rachunkowości z dnia 29 września 1994 r. (tekst jednolity Dz. U. z 2016 r., poz. 1047 z późn. zm.).

3. PRZYCZYNY REALIZACJI POZA ROCZNYM PLANEM (o ile dotyczy):

Zgodnie z planem finansowym

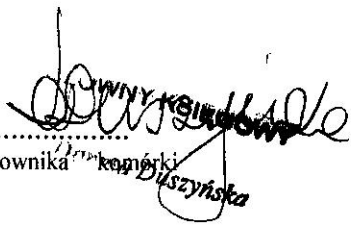
4. WYMAGANY TERMIN REALIZACJI:

15 maja 2017 r.

5. ŹRÓDŁO FINANSOWANIA:

Własne środki finansowe

\* niepotrzebne skreślić

07.09.2016r.   
Data i podpis Kierownika komórki  
składającej wniosek

1) Nazwa urządzenia/ Rok produkcji NIE DOTYCZY	2) Typ urządzenia NIE DOTYCZY	3) Nr ewidencyjny/ Forma własności NIE DOTYCZY
4) Ilość napraw w b.r./ Koszty napraw w b.r. NIE DOTYCZY	5) Łączna ilość tego rodzaju urządzeń NIE DOTYCZY	6) Tryb zlecenia NIE DOTYCZY

\* pkt 1-6 tabeli do wypełnienia, w przypadku urządzeń/sprzętu

7) Wartość usługi netto w PLN:  8 000 złotych	8) Planowana wartość netto (PLN), w grupie tego samego rodzaju usług (CPV), do której należy zamawiana usługa, w okresie 12 m-cy:  8 000 złotych	9) Udzielone zamówienia i ich wartości netto (PLN) w grupie tego samego rodzaju usług (CPV), w okresie, o którym mowa w poz. nr 8) obok:  NIE DOTYCZY	10) Data planowanego postępowania, w grupie tego samego rodzaju usług (CPV):  Rok 2017
---	--	---	--

07-09-2016 r. Data i podpis pracownika realizującego wniosek		07.09.16 Data i podpis Kierownika komórki realizującej wniosek	
---	--	---	--

6. OPINIA, PROPONOWANY TRYB REALIZACJI USŁUGI:

Zamówienie może zostać udzielone w oparciu o art. 4 pkt 8 ustawy Pzp\*

Zamówienie nie może zostać udzielone w oparciu o art. 4 pkt 8 ustawy Pzp\* – Poniżej uzasadnienie:

.....

\* *niepotrzebne skreślić*

K. I. E. K. D. W. N. A. K.  
Działu Zamówień Publicznych  
w SPDSK w Warszawie

.....  
Julia Kasprzak  
Data i podpis Kierownika Działu Zamówień Publicznych\*\*  
07.09.2016

7. DECYZJA:

ZGODA

ODMOWA: (wraz z uzasadnieniem) —

.....  
Data i podpis Zastępcy Dyrektora\*\*  
(właściwego ze względu na przedmiot zamówienia)

.....  
Data i podpis Zastępcy Dyrektora ds. Finansowych\*\*

.....  
Data i podpis Głównego Księgowego\*\*

.....  
Data i podpis Dyrektora SPDSK w Warszawie\*\*

.....  
DZIAŁ KOF SZPITALA

.....  
Robert Tomasz Krawczyk

\*\* W przypadku jego nieobecności, podpis osoby sprawującej zastępstwo