 Załącznik 1a

Informacje dotyczące spółki (firmy) niezbędne do sporządzenia umowy

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spółka Akcyjna**

Spółka Akcyjna, z siedzibą: …………………...…………………………………………………………………. wpisana do rejestru

(adres z kodem pocztowym)

przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez

…………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa Sądu, Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego)

pod numerem KRS …………………………………………………………….

NIP …………………..………………..., REGON ………………………………

kapitał zakładowy …………….……… (pokryty w całości)

reprezentowana przez:

1) ………………………………………………………………… – Prezesa Zarządu,

(imię i nazwisko)

2) ………………………………………………………………….. – Wiceprezesa Zarządu

(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spółka z o.o.**

Spółka z ograniczoną odpowiedzialnością, ……………………………………………………,

(adres z kodem pocztowym)

wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez

………………………………………………………………………………………………….

(nazwa Sądu, Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego)

pod numerem KRS …………………….

NIP ………………….., REGON ………………………… kapitał zakładowy …………zł

reprezentowana przez:

1) ………………………………………………………………………… – Prezesa Zarządu

(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spółka Jawna**

Spółka Jawna

……………………………………………………………………………………………

(adres z kodem pocztowym)

reprezentowana przez:

1. Wspólnika – ……………………………………………………………………………

( imię i nazwisko)

2. Wspólnika – …………………………………………………………………………….

( imię i nazwisko)

wpisana do rejestru przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego prowadzonego przez

……………………………………………………………………………………………….

(nazwa Sądu, Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego)

NIP …………………………… REGON ……………………; KRS …………………

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Spółka cywilna**

…………………………………………….. zamieszkały: ……………………………………..

(czytelny podpis: imię i nazwisko) (adres z kodem pocztowym)

posiadający aktywny wpis w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

NIP …………………..……., REGON ………………………………

oraz

………………….......................................... zamieszkały: ………...............................................

(czytelny podpis: imię i nazwisko) (adres z kodem pocztowym)

posiadający aktywny wpis w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

NIP …………………..……., REGON ………………………………

(nazwa miasta)

będących wspólnikami Spółki cywilnej „……………………...........................................”

(nazwa spółki)

Spółka cywilna, z siedzibą

w ……………………………………………………………………………………………….,

( adres z kodem pocztowym)

NIP ………………….., REGON …………………………

zwanymi dalej „Wykonawcą”

reprezentowaną przez:

1. Wspólnika – …………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

2. Wspólnika – ………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Osoba fizyczna prowadząca działalność gospodarczą**

1) ………………………………………………………………………………….

(imię i nazwisko, adres zamieszkania z kodem pocztowym)

prowadzący działalność gospodarczą pod nazwą: …………………………………………

z siedzibą: ………………………………………………………………………………….

(adres z kodem pocztowym)

wpisaną do Ewidencji Działalności Gospodarczej pod numerem ……….,

posiadający aktywny wpis w Centralnej Ewidencji i Informacji o Działalności Gospodarczej

NIP …………………..……., REGON ………………………………

reprezentowaną przez:

1) ……………………………………………………………. – Właściciela Apteki

(imię i nazwisko)

2) ……………………………………………………………

(imię i nazwisko)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny**

Samodzielny Publiczny Szpital Kliniczny, ……………………………………………………,

(adres z kodem pocztowym)

wpisany do rejestru stowarzyszeń, innych organizacji społecznych i zawodowych, fundacji

oraz samodzielnych publicznych zakładów opieki zdrowotnej Krajowego Rejestru Sądowego

prowadzonego przez

………………………………………………………………………………………………….

(nazwa Sądu, Wydział Gospodarczy Krajowego Rejestru Sądowego)

pod numerem KRS …………………….

NIP ………………….., REGON …………………………

reprezentowana przez:

1) …………………………………………………………………… – Dyrektora/Kierownika

(imię i nazwisko)