

Podstawowe informacje o działalności gospodarczej

Załącznik nr 2 do Listy wymaganych dokumentów
stanowiącej załącznik nr 2 do
"Karty procesu kredytowego dla przedsiębiorców"

Nazwa klienta

SAMODZIELNY PUBLICZNY ZESPÓŁ ZAKŁADÓW OPIEKI ZDROWOTNEJ IM. MARSZAŁKA PIŁSUDSKIEGO W PŁOŃSKU

WSZYSTKIE KWOTY W TYS.

Suma bilansowa w ostatnim roku
obrotowym

53 873 883,06

Roczne przychody w ostatnim
roku obrotowym

94 438 092,57

Liczba pracowników w przeliczeniu na
pełne etaty na koniec roku obrotowego

524,6

DANE ADRESOWE*

REGON

000308703

NIP

5671532011

Forma prawna

SPZOZ

Osoba kontaktowa

Stanowisko

Nr telefonu (kom)

Nr telefonu (biuro)

023 662 39 89

Adres e-mail

sekretariat@szpitalplonsk.pl

Strona www

www.szpitalplonsk.pl

Adres siedziby

Ulica

SIENKIEWICZA

Numer

7

Lokal

Miejscowość

PŁOŃSK

Kod pocztowy

09-100

Województwo

MAZOWIECKIE

Miejsce prowadzenia działalności ☐ jak wyżej

Miasto	Zakres prowadzonej działalności	Czy nieruchomość jest własnością klienta?
I/W	inne	

PODSTAWOWE INFORMACJE*

Krótki opis prowadzonej
działalności

DZIAŁALNOŚĆ NASTAWIONA NA OBSŁUGĘ PACJENTÓW PRZEBYWAJĄCYCH W SZPITALACH I PROWADZONA JEST POD BEZPOŚREDNIM NADZOREM LEKARZY

Miesiąc i rok rozpoczęcia
działalności (rrrr-mm)

sie.01

Jaka część (w %) kapitału podstawowego klienta
została wniesiona aportem?Kod PKD działalności wg PKD
2007 (zgodnie z REGON)

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 medyczne	98,50%

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

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)

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 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

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

Kwartał
% rocznych przychodów w
kwartale ***

*** dane za ostatni zamknięty rok obrotowy

I	II	III	IV
24%			

Jaki procent zakupów klienta stanowi import?

0,00%

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

Odbiorca	Typ produktów	Sprzedaż za ostatni rok finansowy	Okres współpracy (w m-ch)	Terminy płatności (w dniach)
Narodowy Fundusz Zdrowia	usługi medyczne	81 173 894		21
Wojewódzka Stacja Pogotowia Ratunkowego i Transportu Sanitarnego w Płocku	usługi medyczne	6 923 802		7
Fresenius Nephrocare Polska Sp. z o.o.	usługi medyczne, wynajem pomieszczeń i opłaty bieżące	170 939		21
NZOZ ESKULAP BEATA MIKOŁAJEWSKA JOLANTA SPÓŁKA JAWNA	usługi medyczne	80 624		21
MULTI - MED.	wynajem pomieszczeń i opłaty bieżące	253 459		14

Dostawca	Typ produktów	Sprzedaż za ostatni rok finansowy	Okres współpracy (w m-ch)	Terminy płatności (w dniach)
Implantcast	implanty ortopedyczne	1 695 908		60
Urtica	leki	1 216 901		30
Energa	energia elektryczna	1 038 159		14
Emka	odbiór i utylizacja odpadów	918 539		60
Skamex	produkty medyczne, leki	873 444		60

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

STRUKTURA WIEKOWA NALEŻNOŚCI I ZOBOWIĄZAŃ HANDLOWYCH

		Stan na dzień ostatniego zamkniętego kwartału (dd-mm-rrrr)	30.06.2022
Należności		Zobowiązania	
Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****	Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****
Należności ogółem	7 364	Zobowiązania ogółem	39 296
z tego :		z tego :	
Terminowe	6 502	Terminowe	21 385
Przeterminowane	862	Przeterminowane	17 911
1-30 dni	58	1-30 dni	1 381
31-60 dni	446	31-60 dni	1 538
61-90 dni	33	61-90 dni	1 477
91-180 dni	45	91-180 dni	3 150
Powyżej 180 dni	280	Powyżej 180 dni	10 365
Odpisy aktualizacyjne			

****Kwoty należności i zobowiązań podane:

Należności brutto - Przed odjęciem odpisów aktualizujących

Komentarz dla należności przeterminowanych powyżej 90 dni

Nazwa podmiotu	Kwota	Okres przeterminowania	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)
MULTI-MED.	59 328,69	90	kompensata

Komentarz dla zobowiązań przeterminowanych powyżej 90 dni

Nazwa podmiotu	Kwota	Okres przeterminowania	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)
EMKA	795 880,08	90	

AMORTYZACJA (jeśli nie figuruje w sprawozdaniach finansowych)

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

OBŚŁUGA ZADŁUŻENIA (suma spłat kapitałowych rat kredytów, płatności z tytułu leasingu finansowego oraz transz z tytułu obsługi papierów dłużnych)

W roku poprzedzającym ostatni zamknięty rok obrotowy	833 333,30	W ostatnim zamkniętym roku obrotowym	1 923 076,93	Od początku roku do końca ostatniego zamkniętego kwartału	1 465 641,03
--	------------	--------------------------------------	--------------	---	--------------

WSPÓŁPRACA Z INNYMI BANKAMI I INSTYTUCJAMI FINANSOWYMI*

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

Instytucje finansowe z którymi współpracuje klient

Nazwa instytucji	Zakres współpracy							
BFF Polska SA z siedzibą w Łodzi BP SA Warszawa Polska SA z siedzibą w Gdyni	PKO Nordea Bank	kredyty/finansowanie	X	rachunek	kwota obrotów wymaganych do przeprowadzania przez rachunki*****		depozyt	transakcje skarbowe (FX, terminowe, pochodne)

***** - średnio w miesiącu

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.

Stempel klienta i podpisy osób upoważnionych

Miejscowość, data

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