



**DEKLARACJA PRZYSTĄPIENIA DO  
OGÓLNOPOLSKIEGO ZRZESZENIA SZPITALI AKREDYTOWANYCH  
CZŁONEK WSPIERAJĄCY**

A		Dane podstawowe	
A1	Data wniosku		
A2	Nazwa Pracodawcy		
A3	Forma działalności		
A4	Główna branża/PKD		
A5	Numer NIP		
A6	Numer REGON/KRS		
B		Adres Siedziby	
B1	Kraj/Miasto		
B2	Kod pocztowy		
B3	Ulica		
B4	Gmina		
B5	Województwo		
C		Adres do korespondencji	
C1	Miasto		
C2	Kod pocztowy		
C3	Ulica		
C4	Numer telefonu		
C5	Numer Fax		
C6	Oficjalny adres e-mail		
C7	Adres strony www		
D		Reprezentanci Podmiotu określonego w pkt. A2 (proszę wskazać imię, nazwisko i funkcję)	
D1	1		
D2	2		
D3	3		
D4	4		
E		Oświadczenie	
E1	<i>Oświadczam, że zapoznałem/am się ze Statutem Ogólnopolskiego Zrzeszenia Szpitali Akredytowanych i akceptuję jego zapisy</i>		
	<i>Podpis osoby uprawnionej do reprezentacji Podmiotu określonego w pkt. A2</i>		
F		Podpis osoby/osób uprawnionej do reprezentacji Podmiotu określonego w pkt. A2	
	<i>Imię i nazwisko</i>	<i>Podpis</i>	
F1			
F2			
F3			
F4			

Uzupełniony i podpisany formularz prosimy zeskanować i przesać na adres e-mail: [kontakt@ozsa.pl](mailto:kontakt@ozsa.pl), a następnie w formie papierowej listem poleconym na adres: **Ogólnopolskie Zrzeszenie Szpitali Akredytowanych** ul. Rakowska 15, 97 – 300 Piotrków Tryb.

Zapraszamy także na naszą stronę [www.ozsa.pl](http://www.ozsa.pl)