

Dane wg stanu na dzień (dd-mm-rrrr)

18.11.2022

Podstawowe informacje o działalności gospodarczej

Nazwa klienta

SZPITAL POMNIK CHRZTU POLSKI

WSZYSTKIE KWOTY W TYS.

Suma bilansowa w ostatnim roku obrotowym

134 288 578,26

Roczne przychody w ostatnim roku obrotowym

124 517 110,63

Liczba pracowników w przeliczeniu na pełne etaty na koniec roku obrotowego

573,0

DANE ADRESOWE*

REGON

000315123

NIP

7842008454

Forma prawna

SPZOZ

Osoba kontaktowa

SEBASTIAN RZYMYSZKIEWICZ

Stanowisko

GŁÓWNY KSIĘGOWY

Nr telefonu (kom)

Nr telefonu (biuro)

61/2228300

Adres e-mail

sebastian.rzymyszkiwicz@szpitalpomnik.pl

Strona www

www.szpitalpomnik.pl

Adres siedziby

Ulica

ŚWIĘTEGO JANA

Numer

9

Lokal

Miejscowość

GNIEZNO

Kod pocztowy

62-200

Województwo

wielkopolskie

Miejsce prowadzenia działalności jak wyżej

PODSTAWOWE INFORMACJE*

Krótki opis prowadzonej działalności

SZPITAL

Miesiąc i rok rozpoczęcia działalności (rrrr-mm)

22.03.2001

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

0

Kod PKD działalności wg PKD 2007 (zgodnie z

86.10 Działalność szpitali

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
ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH	100,00%

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			

Proszę podać skład zarządu klienta oraz inne osoby kluczowe dla działalności podmiotu

Imię i nazwisko	Stanowisko (Prezes Zarządu / członek Zarządu / dyrektor finansowy / główny księgowy)	Wykształcenie	PESEL	Liczba lat na obecnym stanowisku	Doświadczenie w obszarze działalności klienta (liczba lat)
GRZEGORZ SIENCZEWSKI	DYREKTOR	WYŻSZE			

Podmioty powiązane organizacyjnie lub osobowo**

Imię i Nazwisko/Nazwa	PESEL lub REGON	Opis powiązania	Zakupy od podmiotu (bez VAT w ostatnim roku obrachunkowym)	Sprzedaż do podmiotu (bez VAT w ostatnim roku obrachunkowym)	Czy stosowane kompensaty?
NIE DOTYCZY					

** a) kontrola nad podmiotem poprzez członków zarządu, akcjonariusza większościowego lub małżonka akcjonariusza większościowego bez rozdzielnosci 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	Zakupy od podmiotu (bez VAT w ostatnim roku obrachunkowym)	Sprzedaż do podmiotu (bez VAT w ostatnim roku obrachunkowym)	Czy stosowane kompensaty?
NIE DOTYCZY					

Jaki jest zasięg terytorialny sprzedaży klienta?	Udział %	Kwartał % rocznych przychodów w kwartale ***	I	II	III	IV
przychody z działalności krajowej	100%					
przychody z działalności zagranicznej	0%					
Jaki procent zakupów klienta stanowi import?	0,00%	*** dane za ostatni zamknięty rok obrotowy				

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

Odbiorca	Typ produktów	Sprzedaż w ostatnim roku obrotowym	Całkowity okres współpracy (w m-ch)	Terminy płatności (w dniach)
NARODOWY FUNDUSZ ZDROWIA	ŚWIADCZENIE USŁUG MEDYCZNYCH	108 241 484	252,00	7

Dostawca	Typ produktów	Zakupy w ostatnim roku obrotowym	Całkowity okres współpracy (w m-cz)	Terminy płatności (w dniach)
Americh Health of Care	usługa medyczna - podwykonawstwo	8 548 768	148,00	30/ugody
Roche Diagnostic	dostawa leków	1 119 387	240,00	30/ugody
Tomma Poznań	usługi diagnostyki obrazowej	2 946 189	60,00	30
Urtica Wrocław	dostawa leków	1 401 924	60,00	30
Enea P-n	dostawca energii	1 331 734	36,00	14

Proszę podać pięć głównych materiałów wykorzystywanych w produkcji (jeśli dotyczy)

Proszę podać pięciu największych konkurentów

Materiał/surowiec	Zakupy bez VAT w ostatnim roku obrotowym	Nazwa

Wymagane koncesje i zezwolenia

Koncesja/zezwolenie/certyfikaty	Czy aktualnie posiadana/e?	Data ważności (dd-mm-rrrr)
Certyfikat ISO	TAK	23.07.2023
Akredytacja CJM	TAK	31.12.2025

STRUKTURA WIEKOWA NALEŻNOŚCI I ZOBOWIĄZAŃ HANDLOWYCH

Należności		Zobowiązania	
Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****	Wyszczególnienie	Kwota w tys. PLN****
Należności ogółem	10 447 444,63	Zobowiązania ogółem	17 512 290,63
z tego :		z tego :	
Terminowe	415 325,66	Terminowe	4 542 149,33
Przeterminowane	10 032 118,97	Przeterminowane	12 970 141,30
1-30 dni	175 401,75	1-30 dni	227 368,58
31-60 dni	141 943,72	31-60 dni	844 813,08
61-90 dni	97 646,89	61-90 dni	1 608 384,73
91-180 dni	60 044,18	91-180 dni	4 222 800,66
Powyżej 180 dni	9 557 082,43	Powyżej 180 dni	6 066 774,25
Odpisy aktualizacyjne	9 584 972,18		

Stan na dzień ostatniego zamkniętego kwartału (dd-mm-rrrr) 30.09.2022

**** Kwoty należności i zobowiązań podane:

Komentarz dla należności przeterminowanych powyżej 90 dni

Nazwa podmiotu	Kwota	Okres przeterminowania	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)

Komentarz dla zobowiązań przeterminowanych powyżej 90 dni

Nazwa podmiotu	Kwota	Okres przeterminowania	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)

AMORTYZACJA (jeśli nie figuruje w sprawozdaniach finansowych)

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

OBŚLUGA 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 0,00 W ostatnim zamkniętym roku obrotowym 0,00 Od początku roku do końca ostatniego zamkniętego kwartału 0,00

WSPÓŁPRACA Z INNYMI BANKAMI I INSTYTUCJAMI FINANSOWYMI*

Ilość przypadków nieterminowego regulowania zobowiązań Długość trwania zaległości Kwota zaległości

Min	Max	Min	Max

Instytucje finansowe z którymi współpracuje klient

Nazwa instytucji	Zakres współpracy					
VeloBank (dawniejGetinBank)	kredyty/finansowanie	rachunek	X	kwota obrotów wymaganych do przeprowadzania przez rachunki****	depozyt	transakcje skarbowe (FX, terminowe, pochodne)
SantanderBank S.A.	kredyty/finansowanie	rachunek	X	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?

Nazwa podmiotu*****	Kwota	Okres zaległości	Planowana data uregulowania (dd-mm-rrrr)

*****proszę wypełnić w przypadku zaległości

PODPISY