

WZÓR

ZAŚWIADCZENIE

o którym mowa w art. 6 ust. 1 pkt 7 ustawy z dnia 27 kwietnia 2006 r. o spółdzielniach socjalnych (Dz. U. z 2020 r. poz. 2085, z późn. zm.)

Dane Zakładu Opieki Zdrowotnej:	Data:
Zakład Opieki Zdrowotnej potwierdza, że Pan(i):	
Imię nazwisko:	
PESEL*:	
Miejsce zamieszkania i adres:	
jest osobą z zaburzeniami psychicznymi, o której mowa w art. 3 pkt 1 ustawy z dnia 19 sierpnia 1994 r. o ochronie zdrowia psychicznego (Dz. U. z 2020 r. poz. 685, z późn. zm.).	
Zaświadczenie wydaje się w celu złożenia wraz z wnioskiem o wpis spółdzielni socjalnej do Krajowego Rejestru Sądowego.	Podpis Dyrektora Zakładu Opieki Zdrowotnej:

* - W przypadku osób nieposiadających numeru PESEL należy wpisać numer dokumentu potwierdzającego tożsamość.