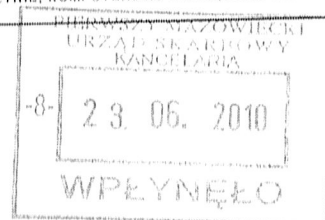


POLTAX

POLA JASNE WYPELNIĄ WNIOSKODAWCA, POLA CIEMNE WYPELNIĄ URZĄD SKARBOWY. WYPELNIĆ NA MASZYNI, KOMPUTEROWO LUB RĘCZNIE DUŻYMI, DRUKOWANYMI LITERAMI, CZARNYM LUB NIEBIESKIM KOLOREM.

1. Numer identyfikacji Podatkowej (NIP) wnioskodawcy 5 2 2 0 0 0 2 5 2 9	2. Numer dokumentu	3. Status
--	--------------------	-----------



NIP-5

WNIOSK O POTWIERDZENIE NADANIA NUMERU IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ

Zgodnie z art.13 ust.3 ustawy z dnia 13 października 1995 r. o zasadach ewidencji i identyfikacji podatników i płatników (Dz.U. z 2004 r. Nr 269, poz.2681, z późn. zm.), naczelnik urzędu skarbowego - na wniosek zainteresowanego - obowiązany jest do potwierdzenia nadania Numeru Identyfikacji Podatkowej podmiotowi, który nim się posługuje. Zainteresowanym może być podatnik lub płatnik, którego potwierdzenie dotyczy lub osoba trzecia mająca interes prawny w złożeniu wniosku.

Uwaga: wniosek składa się w dwóch identycznych egzemplarzach; jeden egzemplarz zostanie zwrócony wnioskodawcy.

Na formularzu należy podać wszystkie nazwy w pełnym brzmieniu (bez stosowania własnych skrótów). Szczególnie należy zwrócić uwagę na poprawny zapis nazw ulic.

A. MIEJSCE ZŁOŻENIA WNIOSKU

4. Naczelnik urzędu skarbowego, do którego adresowany jest wniosek

Naczelnik Pierwszego Mazowieckiego Urzędu Skarbowego w Warszawie, ul. Mazowiecka 9, 00-052 Warszawa

B. DANE WNIOSKODAWCY

* - dotyczy podmiotu niebędącego osobą fizyczną

** - dotyczy podmiotu będącego osobą fizyczną

B.1. DANE IDENTYFIKACYJNE

5. Rodzaj podmiotu (zaznaczyć właściwy kwadrat):

1. podmiot niebędący osobą fizyczną

2. osoba fizyczna

6. Nazwa pełna * / Nazwisko, pierwsze imię, drugie imię **

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie

7. Nazwa skrócona * / Imię ojca, imię matki **

SPCSK

8. Identyfikator REGON * / Numer ewidencyjny PESEL **

000288975

9. Data rozpoczęcia działalności * / Data urodzenia ** (dzień - miesiąc - rok)

0 4 - 1 2 - 1 9 9 8

B.2. ADRES SIEDZIBY* / ADRES ZAMIESZKANIA**

10. Kraj

Polska

11. Województwo

Mazowieckie

12. Powiat

Warszawski

13. Gmina

Ochota

14. Ulica

Banacha

15. Nr domu

1a

16. Nr lokalu

17. Miejscowość

Warszawa

18. Kod pocztowy

02-097

19. Poczta

Warszawa

20. Telefon

22 599-22-20

21. Faks

22 599-10-19

C. DANE PODMIOTU, KTÓREGO DOTYCZY WNIOSK

* - dotyczy podmiotu niebędącego osobą fizyczną

** - dotyczy podmiotu będącego osobą fizyczną

C.1. DANE IDENTYFIKACYJNE

22. Rodzaj podmiotu (zaznaczyć właściwy kwadrat):

1. podmiot niebędący osobą fizyczną

2. osoba fizyczna

23. NIP

5 2 2 0 0 0 2 5 2 9

24. Nazwa pełna * / Nazwisko, pierwsze imię, drugie imię **

Samodzielny Publiczny Centralny Szpital Kliniczny w Warszawie

25. Nazwa skrócona * / Imię ojca, imię matki **

SPCSK

26. Identyfikator REGON * / Numer ewidencyjny PESEL **

000288975

27. Data rozpoczęcia działalności * / Data urodzenia ** (dzień - miesiąc - rok)

0 4 - 1 2 - 1 9 9 8

C.2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR LUB EWIDENCJĘ

28. Nazwa organu

Krajowy Rejestr Sądowy

29. Nazwa rejestru

Rejestr Stowarzyszeń, Innych Organizacji Społecznych i Zawodowych, Fundacji i Publicznych Zakładów Opieki Zdrowotnej

30. Data rejestracji (dzień - miesiąc - rok)

1 5 - 1 2 - 2 0 0 1

31. Numer w rejestrze

0000073036

NIP-5(a)

1/2