**Informacje dotyczące badanej jednostki**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **Nazwa jednostki** | Samodzielny Publiczny Zespół Opieki Zdrowotnej w Ustrzykach Dolnych |
| **1.** | **Adres** | ul. 29 Listopada 57, 38-700 Ustrzyki Dolne |
| **2.** | **Nr telefonu** | 13 461 10 28 |
| **3.** | **Nr fax** |  |
| **4.** | **Osoba do kontaktu/Stanowisko** | Katarzyna Szlęzak - główny księgowy |
| **5.** | **Księgowość** | ksiegowosc@spzoz-ustrzyki.pl |
| **6.** | **Rok rozpoczęcia działalności** | 1998 r. |
| **7.** | **Przedmiot działalności** | całodobowe świadczenia zdrowotne, specjalistyczne poradnie, pomoc doraźna |
| **8.** | **Średnioroczne zatrudnienie w przeliczeniu na pełen etat 2021r.** | 172,20 |
| **9.** | **Suma aktywów bilansu 2021r.** | 10 930 798,84 zł. |
| **10.** | **Przychody netto ze sprzedaży towarów i produktów oraz operacji finansowych** | 23 677 537,24 zł. |
| **11.** | **Okres objęty badaniem** | 01.01.2022 r. – 31.12.2022 r.  01.01.2023 r. – 31.12.2023 r. |
| **12.** | **Preferowany termin wykonania badania dla sprawozdania za rok 2022** | |
| 1. przeprowadzenia badania (zakończenie) | 1. 30.04.2023 r. |
| 2. złożenie raportu i opinii | 2. 10.05.2023 r. |
| **Preferowany termin wykonania badania dla sprawozdania za rok 2023** | |
| 1. przeprowadzenia badania (zakończenie) | 1. 30.04.2024 r. |
| 2. złożenie raportu i opinii | 2. 10.05.2024 r. |
| **13.** | **Miejsce badania** | Siedziba SPZOZ w Ustrzykach Dolnych |
| **14.** | **Badanie jednostkowego sprawozdania finansowego według:** | ustawy o rachunkowości |