



DZIENNIK USTAW

RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Warszawa, dnia 11 sierpnia 2016 r.

Poz. 1217

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI¹⁾

z dnia 21 lipca 2016 r.

w sprawie wzoru wniosku o udzielenie lub zmianę koncesji na wykonywanie działalności gospodarczej w zakresie usług ochrony osób i mienia

Na podstawie art. 17 ust. 8 ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia (Dz. U. z 2014 r. poz. 1099, z 2015 r. poz. 1505 oraz z 2016 r. poz. 65 i 904) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Określa się wzór wniosku o udzielenie lub zmianę koncesji na wykonywanie działalności gospodarczej w zakresie usług ochrony osób i mienia, składanego do organu koncesyjnego przez przedsiębiorcę.

2. Wzór wniosku jest określony w załączniku do rozporządzenia.

§ 2. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji: *M. Błaszczak*

¹⁾ Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji kieruje działem administracji rządowej – sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 17 listopada 2015 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. poz. 1897 i 2088).

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Spraw Wewnętrznych z dnia 6 grudnia 2013 r. w sprawie wzoru wniosku o udzielenie lub zmianę koncesji na wykonywanie działalności gospodarczej w zakresie usług ochrony osób i mienia (Dz. U. poz. 1566), które na podstawie art. 37 ust. 2 ustawy z dnia 5 sierpnia 2015 r. o zmianie ustaw regulujących warunki dostępu do wykonywania niektórych zawodów (Dz. U. poz. 1505) traci moc z dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia.

Załącznik do rozporządzenia Ministra Spraw Wewnętrznych
i Administracji z dnia 21 lipca 2016 r. (poz. 1217)

WZÓR WNIOSKU O UDZIELENIE LUB ZMIANĘ KONCESJI NA WYKONYWANIE DZIAŁALNOŚCI
GOSPODARCZEJ W ZAKRESIE USŁUG OCHRONY OSÓB I MIENIA

<p>WNIOSEK O UDZIELENIE (CZĘŚĆ A) LUB ZMIANĘ (CZĘŚĆ B) KONCESJI NA WYKONYWANIE DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ W ZAKRESIE USŁUG OCHRONY OSÓB I MIENIA</p>
<p><u>POUCZENIE:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Wniosek należy wypełnić pismem drukowanym. 2. Składając wniosek o udzielenie koncesji, przedsiębiorca wypełnia wszystkie rubryki w części oznaczonej literą A oraz ostatnią stronę wniosku, na której składa podpis (str. 10 formularza wniosku). 3. Składając wniosek o zmianę koncesji, przedsiębiorca wypełnia: <ol style="list-style-type: none"> 1) rubryki w części oznaczonej literą B dotyczące firmy przedsiębiorcy, numeru identyfikacji podatkowej (NIP), numeru w Rejestrze Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego (KRS) – w przypadku przedsiębiorcy innego niż osoba fizyczna oraz odnoszące się do danych zawartych w koncesji podlegających zmianie; 2) ostatnią stronę wniosku, na której składa podpis (str. 10 formularza wniosku). 4. Załączniki do wniosku należy złożyć w oryginale, poświadczonych kopiach lub poświadczonych tłumaczeniach, zgodnie z art. 17 ust. 1a ustawy z dnia 22 sierpnia 1997 r. o ochronie osób i mienia. 5. Informacja o wysokości opłaty skarbowej za udzielenie lub zmianę koncesji oraz numer konta, na który należy wnieść opłatę, są udostępnione na stronie internetowej Ministerstwa Spraw Wewnętrznych i Administracji www.mswia.gov.pl. Do wniosku należy dołączyć oryginał dowodu wniesienia należnej opłaty skarbowej. Dokument wygenerowany elektronicznie potwierdzający dokonanie zapłaty należnej opłaty skarbowej nie wymaga stempla i podpisu.
<p>A. <input type="checkbox"/> * O UDZIELENIE KONCESJI</p>
<p>B. <input type="checkbox"/> * O ZMIANĘ KONCESJI Z DNIA _____ NR _____</p>

CZĘŚĆ A – DOTYCZY UDZIELENIA KONCESJI

<p>I. PRZEDSIĘBIORCA</p>
<p>FORMA PRAWNA PRZEDSIĘBIORCY</p>
<ol style="list-style-type: none"> 1. <input type="checkbox"/> * PRZEDSIĘBIORCA BĘDĄCY OSOBĄ FIZYCZNĄ WPISANY DO CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ 2. <input type="checkbox"/> * PRZEDSIĘBIORCA INNY NIŻ OSOBA FIZYCZNA WPISANY DO REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO

* Właściwe zaznaczyć „X” i wypełnić.

1. PRZEDSIĘBIORCA BĘDĄCY OSOBĄ FIZYCZNA																											
FIRMA PRZEDSIĘBIORCY ZGODNA Z WPISEM DO CENTRALNEJ EWIDENCJI I INFORMACJI O DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ																											
<input type="text"/>																											
<input type="text"/>																											
NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ																											
<input type="text"/>																											
ADRES ZAMIESZKANIA																											
1. WOJEWÓDZTWO																											
<input type="text"/>																											
2. MIEJSCOWOŚĆ																				KOD POCZTOWY							
<input type="text"/>																				<input type="text"/>		-		<input type="text"/>			
3. POCZTA																											
<input type="text"/>																											
4. ULICA														NR DOMU				NR LOKALU									
<input type="text"/>														<input type="text"/>				<input type="text"/>									
2. PRZEDSIĘBIORCA INNY NIŻ OSOBA FIZYCZNA																											
FIRMA PRZEDSIĘBIORCY ZGODNA Z WPISEM DO REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO																											
<input type="text"/>																											
<input type="text"/>																											
NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ																											
<input type="text"/>																											
NUMER W REJESTRZE PRZEDSIĘBIORCÓW KRAJOWEGO REJESTRU SĄDOWEGO																											
<input type="text"/>																											
SIEDZIBA I ADRES																											
1. WOJEWÓDZTWO																											
<input type="text"/>																											
2. MIEJSCOWOŚĆ																				KOD POCZTOWY							
<input type="text"/>																				<input type="text"/>		-		<input type="text"/>			
3. POCZTA																											
<input type="text"/>																											
4. ULICA														NR DOMU				NR LOKALU									
<input type="text"/>														<input type="text"/>				<input type="text"/>									

II. ZAKRES I FORMY WNIOSKOWANEJ DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ		
ZAKRES: USŁUGI OCHRONY OSÓB I MIENIA		
FORMY: 1. <input type="checkbox"/> * BEZPOŚREDNIA OCHRONA FIZYCZNA 2. <input type="checkbox"/> * ZABEZPIECZENIE TECHNICZNE		
III. DATA ROZPOCZĘCIA WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ OBJĘTEJ KONCESJĄ		
DZIEŃ <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> MIESIĄC <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> ROK <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> lub <input type="checkbox"/> DATA DORĘCZENIA KONCESJI		
IV. ADRESY MIEJSC WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ OBJĘTEJ WNIOSKIEM, W TYM PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, O KTÓREJ MOWA W ART. 19 UST. 1 PKT 2 I 3 USTAWY Z DNIA 22 SIERPNI 1997 R. O OCHRONIE OSÓB I MIENIA		
<input type="checkbox"/> * JEDNO	<input type="checkbox"/> * WIELE ¹	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> podać liczbę
1. WOJEWÓDZTWO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
2. MIEJSCOWOŚĆ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		KOD POCZTOWY <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> – <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
3. POCZTA <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
4. ULICA <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		NR DOMU <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>
NR LOKALU <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>		
V. INFORMACJE O POSIADANYCH KONCESJACH, ZEZWOLENIACH LUB WPISACH DO REJESTRU DZIAŁALNOŚCI REGULOWANEJ		

¹ Jeżeli dotyczy wielu miejsc, podać ich adresy w załączniku do wniosku lub wpisując je w pkt IV, wykonać kopie strony 3 w liczbie odpowiadającej faktycznej liczbie miejsc wykonywania działalności.

* Właściwie zaznaczyć „X” i wypełnić.

VI. DANE PRZEDSIĘBIORCY BĘDĄCEGO OSOBĄ FIZYCZNĄ, OSÓB UPRAWNIONYCH LUB WCHODZĄCYCH W SKŁAD ORGANU UPRAWNIONEGO DO REPREZENTOWANIA PRZEDSIĘBIORCY, PROKURENTÓW ORAZ PEŁNOMOCNIKA USTANOWIONEGO W CELU KIEROWANIA DZIAŁALNOŚCIĄ OKREŚLONĄ W KONCESJI ²	
właściciel; wspólnik spółki jawnej; komplementariusz, prezes zarządu komplementariusza, wiceprezes zarządu komplementariusza, członek zarządu komplementariusza, prokurent komplementariusza; prezes zarządu; wiceprezes zarządu; członek zarządu; prokurent; pełnomocnik ustanowiony w celu kierowania działalnością określoną w koncesji ^{**}	
1. IMIE/IMIONA	
<input type="text"/>	
2. NAZWISKO	
<input type="text"/>	
3. DATA URODZENIA	4. MIEJSCE URODZENIA
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/>
DZIEŃ	MIESIĄC
<input type="text"/> <input type="text"/>	ROK
<input type="text"/>	<input type="text"/>
5. OBYWATELSTWO	
<input type="text"/>	
6. NR PESEL – o ile został nadany	
<input type="text"/>	
7. SERIA I NUMER PASZPORTU albo innego dokumentu stwierdzającego tożsamość	
OKREŚLENIE RODZAJU DOKUMENTU	SERIA I NUMER DOKUMENTU
<input type="text"/>	<input type="text"/>
ADRES ZAMIESZKANIA – pobyt stały	
1. WOJEWÓDZTWO	
<input type="text"/>	
2. MIEJSCOWOŚĆ	KOD POCZTOWY
<input type="text"/>	<input type="text"/> – <input type="text"/>
3. POCZTA	
<input type="text"/>	
4. ULICA	NR DOMU
<input type="text"/>	<input type="text"/>
	NR LOKALU
	<input type="text"/>
5. NUMER TELEFONU ^{***}	
<input type="text"/>	

² Jeżeli dotyczy wielu osób, należy wykonać kopie stron 4 i 5 oraz wypełnić je dla każdej osoby oddzielnie.

** Właściwe podkreślić.

*** Dane nieobowiązkowe.

4. ULICA <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NR DOMU <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NR LOKALU <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
5. NUMER TELEFONU *** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
ADRES ZAMIESZKANIA – pobyt czasowy		
1. WOJEWÓDZTWO <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
2. MIEJSCOWOŚĆ <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	KOD POCZTOWY <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> – <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>	
3. POCZTA <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
4. ULICA <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NR DOMU <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	NR LOKALU <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>
5. NUMER TELEFONU *** <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
WPISANY NA LISTĘ:		
1. <input type="checkbox"/> * KWALIFIKOWANYCH PRACOWNIKÓW OCHRONY FIZYCZNEJ		
PRZEZ KOMENDANTA WOJEWÓDZKIEGO W:/STOLECZNEGO **** POLICJI <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
DATA WPISU <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>		
DZIEŃ	MIESIĄC	ROK
2. <input type="checkbox"/> * KWALIFIKOWANYCH PRACOWNIKÓW ZABEZPIECZENIA TECHNICZNEGO		
PRZEZ KOMENDANTA WOJEWÓDZKIEGO W:/STOLECZNEGO **** POLICJI <input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		
DATA WPISU <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20%; height: 20px;" type="text"/>		
DZIEŃ	MIESIĄC	ROK

* Właściwe zaznaczyć „X” i wypełnić.
 *** Dane nieobowiązkowe.
 **** Niepotrzebne skreślić.

