|  |
| --- |
| **Formularz klienta – proces oceny wniosku – tryb standardowy** |
| **Nazwa klienta\*** |  Gmina Zbąszynek  |

|  |
| --- |
| **Pytania dotyczące transakcji i zabezpieczeń** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pytanie do klienta** | **Odpowiedź klienta** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1 | Prosimy o informację, czy na wekslu i deklaracji wekslowej zostanie złożona kontrasygnata Skarbnika. |  |  |  |
| 2 | Prosimy o informację, czy zostanie złożone oświadczenie o poddaniu się egzekucji, zgodnie z art. 777 k.p.c.  |  |  |

|  |
| --- |
| **Pytania dotyczące sytuacji ekonomiczno-finansowej klienta** **(prosimy o informacje zgodnie ze stanem na dzień sporządzania odpowiedzi)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Pytanie do klienta** | **Odpowiedź klienta** |
| 1 | Prosimy o informację, czy na Państwa rachunkach w bankach ciążą zajęcia egzekucyjne. Jeżeli tak, to prosimy o podanie kwoty zajęć egzekucyjnych (w tys. PLN): |  |
| 2 | Prosimy o informację, czy posiadają Państwo zaległe zobowiązania finansowe w bankach. Jeżeli tak, to prosimy o podanie kwoty zaległych zobowiązań w bankach (w tys. PLN): |  |
| 3 | Prosimy o informację, czy w ciągu ostatnich 18 miesięcy był prowadzony u Państwa program postępowania naprawczego w rozumieniu ustawy z dnia 27 sierpnia 2009 r. o finansach publicznych. |  |
| 4 | Prosimy o informację, czy w ciągu ostatnich 36 miesięcy były prowadzone wobec Państwa za pośrednictwem komornika sądowego postępowania egzekucyjne wszczynane na wniosek banków. |  |
| 5 | Prosimy o informację, czy posiadają Państwo zaległe zobowiązania wobec ZUS lub US. Jeżeli tak, to prosimy o podanie kwoty zaległych zobowiązań wobec ZUS i US (w tys. PLN): |  |
| 6 | Prosimy o informację, czy w ciągu ostatnich dwóch lat została podjęta uchwała o nieudzieleniu absolutorium organowi wykonawczemu reprezentującemu Państwa jednostkę (wójt / burmistrz / prezydent, zarząd powiatu, zarząd województwa). |  |
| 7 | Prosimy o informację dotyczącą następujących pozycji długu Państwa wg stanu planowanego na koniec bieżącego roku budżetowego: |
|  | wartość zobowiązania ogółem według tytułów dłużnych (w tys. PLN): |  |
| wartość nominalna wymagalnych zobowiązań z tytułu poręczeń i gwarancji (w tys. PLN): |  |
| wartość nominalna niewymagalnych zobowiązań z tytułu poręczeń i gwarancji (w tys. PLN): |  |
| wartość kredytów i pożyczek związanych z realizacją programów i projektów finansowanych z udziałem środków, o których mowa w art. 5 ust.1 pkt 2 ustawy o finansach publicznych z budżetu państwa (w tys. PLN): |  |
| wartość kredytów i pożyczek związanych z realizacją programów i projektów finansowanych z udziałem środków, o których mowa w art. 5 ust.1 pkt 2 ustawy o finansach publicznych z innych źródeł (w tys. PLN): |  |

|  |
| --- |
| **Pytania dotyczące podmiotów powiązanych z klientem** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | **Pytanie do klienta** | **Odpowiedź klienta** |
| 1 | Jeżeli wśród podmiotów powiązanych z Państwem znajduje się szpital/-le SPZOZ, prosimy o podanie, oddzielnie dla każdego z nich, następujących informacji: |
|  | Prosimy o informację, czy szpital realizuje program naprawczy? |  |
|  | Prosimy o informację, czy szpital korzysta z kredytów (w tym poręczonych przez Państwa)? |  |
|  | Prosimy o podanie kwoty kredytu (w tys. PLN): |  | Prosimy o podanie okresu kredytowania |  |
|  | Prosimy o podanie kwoty poręczenia (w tys. PLN): |  | Prosimy o podanie okresu poręczenia |  |
|  | Prosimy o informację, czy Państwo w jakikolwiek sposób wspieracie szpital finansowo (dopłaty na kapitał lub dopłaty do działalności bieżącej/inwestycyjnej). |
|  |  |
|  | Prosimy o podanie kwoty wsparcia finansowego szpitala (w tys. PLN): |  | Prosimy o podanie okresu wsparcia finansowego szpitala |  |
| 2 | Prosimy o informację, czy w okresie obowiązywania ekspozycji kredytowej w Banku przewidywane jest przejęcie zobowiązań powstałych w wyniku likwidacji zakładu opieki zdrowotnej przez Państwo po przeniesieniu działalności medycznej ZOZ do innego pomiotu (komercjalizacja, prywatyzacja, dzierżawa itp.). Jeżeli tak, prosimy o podanie poniesionych lub ewentualnych szacowanych skutków wyżej wymienionych zmian dla Państwa budżetu. |
|  |  |
| 3 | Prosimy o informację, czy przeprowadzili lub przewidują Państwo likwidację jakiegokolwiek szpitala wraz z przejęciem jego długu. Jeżeli tak, to prosimy o podanie łącznej kwoty przejętego długu. |  |
| 4 | Prosimy o informację, czy w przeszłości wystąpiły lub planowane są przejęcia z mocy prawa przez Państwo zadłużenia:- po podmiocie, dla którego Państwo byli podmiotem założycielskim,- na podstawie umowy z wierzycielem spółki prawa handlowego, - stowarzyszenia,tj. Państwo wstąpili/wstąpią na miejsce dłużnika, który został/zostanie z długu zwolniony. |  |

|  |
| --- |
| **Pozostałe pytania** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Pytanie do klienta** | **Odpowiedź klienta** |
| 1 | BGK zwraca się z uprzejmą prośbą o przedłużenie terminu składania ofert do dnia 30.10.2017r. Bank uzasadnia swoją prośbę koniecznością przeprowadzenia analizy zdolności kredytowej Kredytobiorcy zgodnie z art. 70 Prawa Bankowego, polegającej między innymi na ocenie finansowej oraz analizie stanu prawnego przedmiotu finansowania oraz Kredytobiorcy. Analiza ta nie jest możliwa do przeprowadzenia w okresie zaproponowanym przez Zamawiającego, co ogranicza liczbę banków mogących wziąć udział w postępowaniu i przyczynia się do wzrostu ceny kredytu. |  |

|  |
| --- |
| **Wykaz zaangażowań klienta** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  | Kwoty zaangażowań prezentowane są w PLN według stanu na dzień (rrrr-mm-dd) – prosimy o dane za ostatni zakończony i rozliczony miesiąc: |  |
| **Lp.** | **Nazwa podmiotu****(np. bank, NFOŚ, WFOŚ, firma leasingowa, firma factoringowa)** | **Waluta zadłużenia** | **Typ długu (kredyt, wykup wierzytelności, obligacje, leasing, factoring, pożyczka, udzielone poręczenie, udzielona gwarancja, list patronacki)** | **Data zawarcia umowy** | **Kwota bieżącego zadłużenia (bilans)[[1]](#footnote-1)** | **Kwota pozostałego zadłużenia (pozabilans)[[2]](#footnote-2)** | **Data całkowitej spłaty** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |  |
| **2** |   |   |   |  |  |  |  |
| **3** |   |   |   |  |  |  |  |
| **4** |   |   |   |  |  |  |  |
| **5** |   |   |   |  |  |  |  |
| **6** |   |   |   |  |  |  |  |
| **7** |   |   |   |  |  |  |  |
| **8** |   |   |   |  |  |  |  |
| **9** |   |   |   |  |  |  |  |
| **10** |   |   |   |  |  |  |  |
| **11** |   |   |   |  |  |  |  |
| **12** |   |   |   |  |  |  |  |
| **13** |   |   |   |  |  |  |  |
| **14** |   |   |   |  |  |  |  |
| **15** |   |   |   |  |  |  |  |
| **16** |   |   |   |  |  |  |  |
| **17** |   |   |   |  |  |  |  |
| **18** |   |   |   |  |  |  |  |
| **19** |   |   |   |  |  |  |  |
| **20** |   |   |   |  |  |  |  |
| **Razem** |  |  |  |

**Wiarygodność danych zawartych we wniosku i załączonych dokumentach oraz ich zgodność ze stanem faktycznym i prawnym potwierdzam/y\*\* własnoręcznym podpisem**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| za klientaosoba/y upoważniona/e\*\*(imię i nazwisko) | data (rrrr-mm-dd) |  podpis osoby/ób upoważnionej/ych\*\* |

\* Wypełnia Pracownik Sprzedaży

\*\* Niepotrzebne skreślić

1. Przez zaangażowanie bilansowe rozumie się kwotę wypłaconego zaangażowania [↑](#footnote-ref-1)
2. Przez zaangażowanie pozabilansowe rozumie się kwotę jeszcze nie wypłaconego zaangażowania oraz kwoty niewymagalnych i wymagalnych poręczeń i gwarancji [↑](#footnote-ref-2)