

Wzór
WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK
PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH
 Część A

CZĘŚĆ A

NR AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

DANE EWIDENCYJNE

GRUPOWA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH

Firma przedsiębiorcy:

REPREZENTOWANA PRZEZ – NAZWISKO I IMIONA PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI

UMOWA SPÓŁKI PRAWA CYWILNEGO Z DNIA (W ZAŁĄCZENIU)

ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH

WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS

Oświadczenie:

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych są kompletne i zgodne z prawdą oraz znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.

miejsowość data imię, nazwisko funkcja i podpis przedstawiciela spółki

LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ

NR	NAZWISKO I IMIONA	
	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w	numer rejestru
	Adres zamieszkania: województwo	
	powiat gmina	
	ulica i nr domu / lokalu	
	miejsowość kod pocztowy	
NR	NAZWISKO I IMIONA	
	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w	numer rejestru
	Adres zamieszkania: województwo	
	powiat gmina	
	ulica i nr domu / lokalu	
	miejsowość kod pocztowy	
NR	NAZWISKO I IMIONA	
	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w	numer rejestru
	Adres zamieszkania: województwo	
	powiat gmina	
	ulica i nr domu / lokalu	
	miejsowość kod pocztowy	
NR	NAZWISKO I IMIONA	

	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH w Adres zamieszkania: województwo powiat gmina ulica i nr domu / lokalu miejscowość kod pocztowy	numer rejestru
NR	NAZWISKO I IMIONA CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH w Adres zamieszkania: województwo powiat gmina ulica i nr domu / lokalu miejscowość kod pocztowy	numer rejestru
DATA	PODPIS PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI	

CZĘŚĆ B* NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI

DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA

DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W TYM POMIESZCZENIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI

DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO, WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH PRZEZ WSPÓLNIKA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

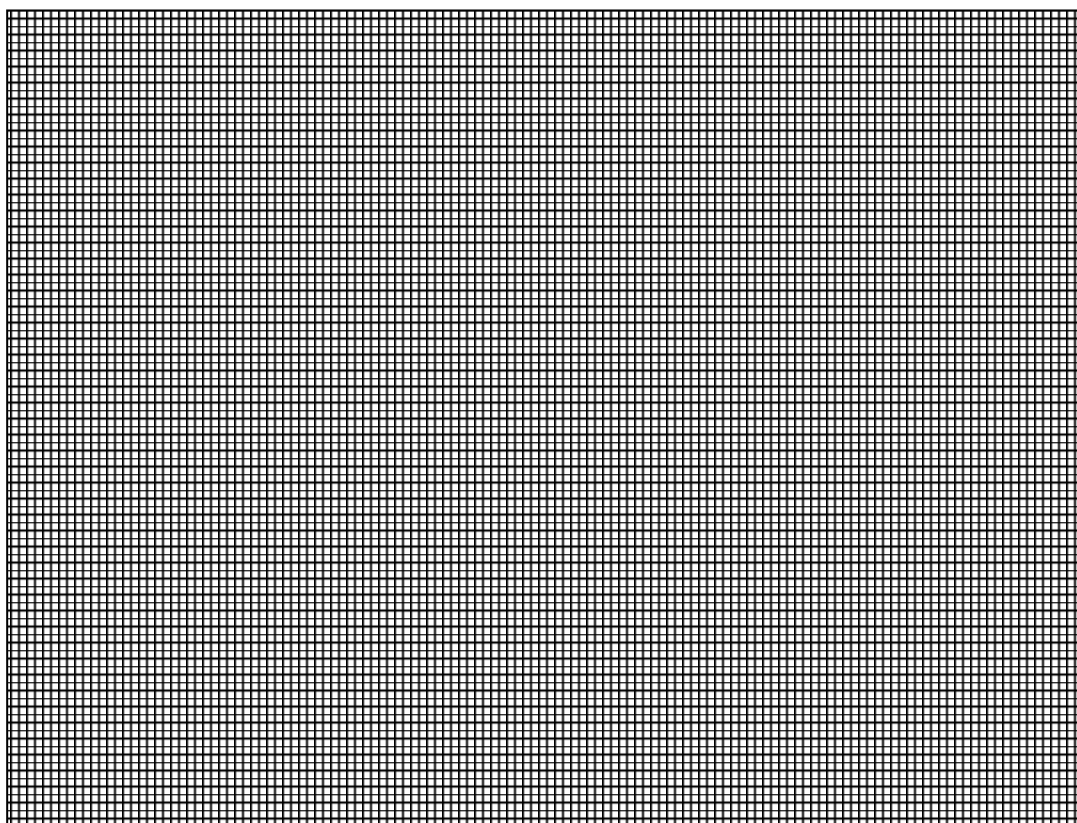
NR AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

Nazwisko i imiona	
Numer PESEL	
<input type="checkbox"/> PIELĘGNIARKA	<input type="checkbox"/> POŁOŻNA
numer prawa wykonywania zawodu	<input type="checkbox"/> nieograniczone <input type="checkbox"/> ważne do dnia
Posiadana specjalizacja	
Posiadana specjalizacja	
Posiadana specjalizacja	
ZAKRES I RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH	

UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA

<input type="checkbox"/> AKT WŁASNOŚCI	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA

SZKIC SYTUACYJNY POMIESZCZENIA



Należy zaznaczyć okna, wejście do pomieszczenia, drzwi lub komunikację wewnętrzną, podać nazwy poszczególnych części pomieszczenia i ich powierzchnię

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ*			
WOJEWÓDZTWO		POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY -	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ
MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI / NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI			
WOJEWÓDZTWO		POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY -	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	
MIEJSCE PRZECHOWYWANIA NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI			
WOJEWÓDZTWO		POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	
* WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA W ODNIESIENIU DO PIEŁĘGNIARKI, POŁOŻNEJ WSPÓLNIKI SPÓŁKI, KTÓRA BĘDZIE UDZIELAŁA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA			

DANE O WYPOSAŻENIU POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA

NAZWA	ILOŚĆ

DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

NAZWA	PRODUCENT	ROK PRODUKCJI	NUMER FABRYCZNY	NUMER ŚWIADECTWA ATESTACJI I DATA WAŻNOŚCI

DATA**PODPIS PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI**