

## Wzór

## WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH SPECJALISTYCZNYCH PRAKTYK PIELEŃNIAREK, POŁOŻNYCH

## Część A

- Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarek, położnych
- Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarek, położnych wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania

NR AKT

DATA PRZYJĘCIA

## DANE EWIDENCYJNE

Nazwisko i imiona

 pielęgniarka położnaCZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELEŃNIAREK I  
POŁOŻNYCH

numer rejestru

W .....

Posiadana  
specjalizacja**Oświadczenie:**

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

Data .....

Podpis .....

Adres  
zamieszkania

(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

Adres(-y) miejsca  
wykonywania  
praktyki / miejsca  
przyjmowania  
wezwań,  
przechowywania  
dokumentacji  
medycznej,  
przygotowywania do  
sterylizacji i  
przechowywania  
sprzętu medycznego)

(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

Numer PESEL

Numer w ewidencji  
działalności  
gospodarczejNumer identyfikacji  
podatkowej (NIP)

Załączone dokumenty

- opinia organu sanitarnego
- potwierdzające prawo pielęgniarstwa, położnictwa do korzystania z pomieszczenia
- zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej

DATA

PODPIS

### Część B\*

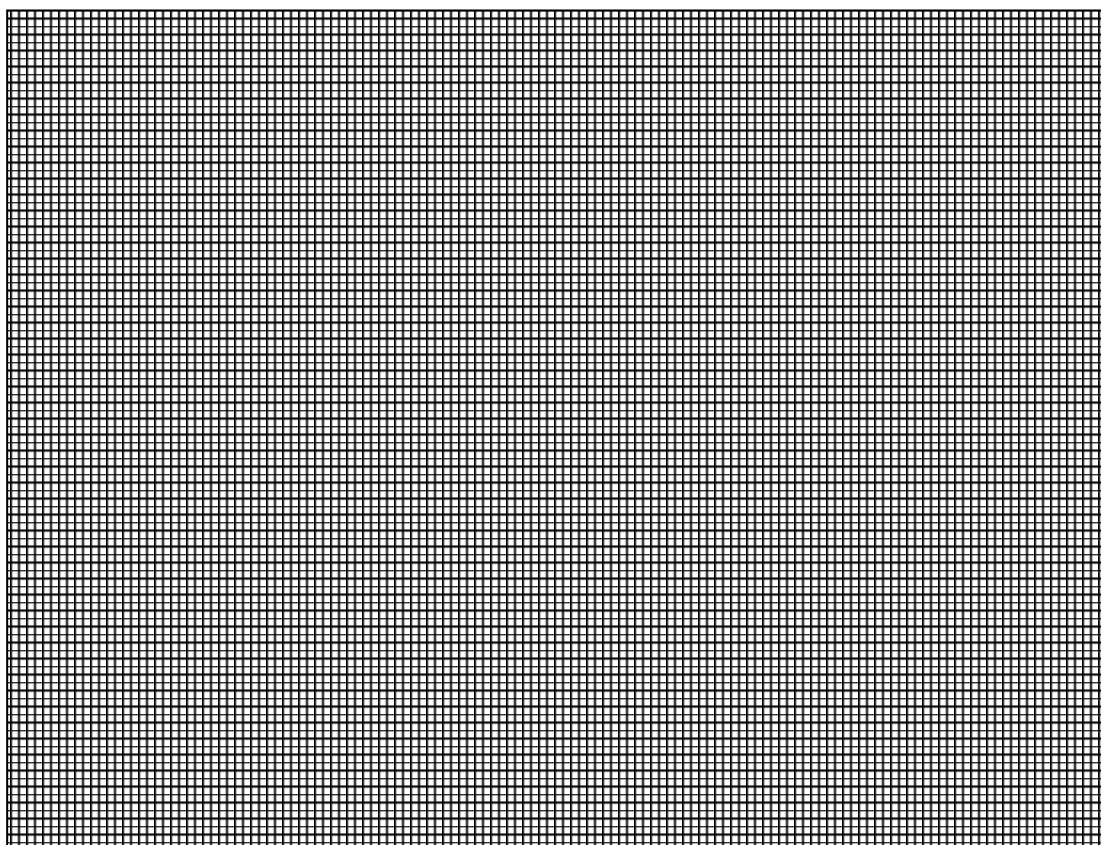
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA I ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO, WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

		NR AKT	
		DATA PRZYJĘCIA	
Nazwisko i imiona			
ADRES PRAKTYKI / MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI			
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA	
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY -	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	
RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH			
DATA		PODPIS	
* CZĘŚĆ B WNIOSKU NALEŻY WYPEŁNIĆ ODREBNIIE DLA KAŻDEGO POMIESZCZENIA, W KTÓRYM BĘDZIE WYKONYWANA INDYWIDUALNA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH			

## 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			
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 PIEŁĘGNIARKA, POŁOŻNA WYKONUJĄCA PRAKTYKĘ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA			

**DANE O WYPOSAŻENIU POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA**

<b>NAZWA</b>	<b>ILOŚĆ</b>

**DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ**

<b>NAZWA</b>	<b>PRODUCENT</b>	<b>ROK PRODUKCJI</b>	<b>NUMER FABRYCZNY</b>	<b>NUMER ŚWIADECTWA ATESTACJI I DATA WAŻNOŚCI</b>

**DATA****PODPIS WNIOSKODAWCY / PODPIS I PIECZĄTKA  
PODMIOTU ZAWIERAJĄCEGO UMOWĘ**