

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH

Część A

<input type="checkbox"/> Indywidualna praktyka pielęgniarek, położnych <input type="checkbox"/> Indywidualna praktyka pielęgniarek, położnych wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania	NR AKT	
	DATA PRZYJĘCIA	
DANE EWIDENCYJNE		
Nazwisko i imiona		
<input type="checkbox"/> pielęgniarka	<input type="checkbox"/> położna	
CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w		numer rejestru
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 pielęgniarki i położnej		
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 gospodarczej	
Numer identyfikacji podatkowej (NIP)	
Załączone dokumenty <input type="checkbox"/> opinia organu sanitarnego <input type="checkbox"/> potwierdzające prawo pielęgniarki, położnej do korzystania z pomieszczenia <input type="checkbox"/> 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

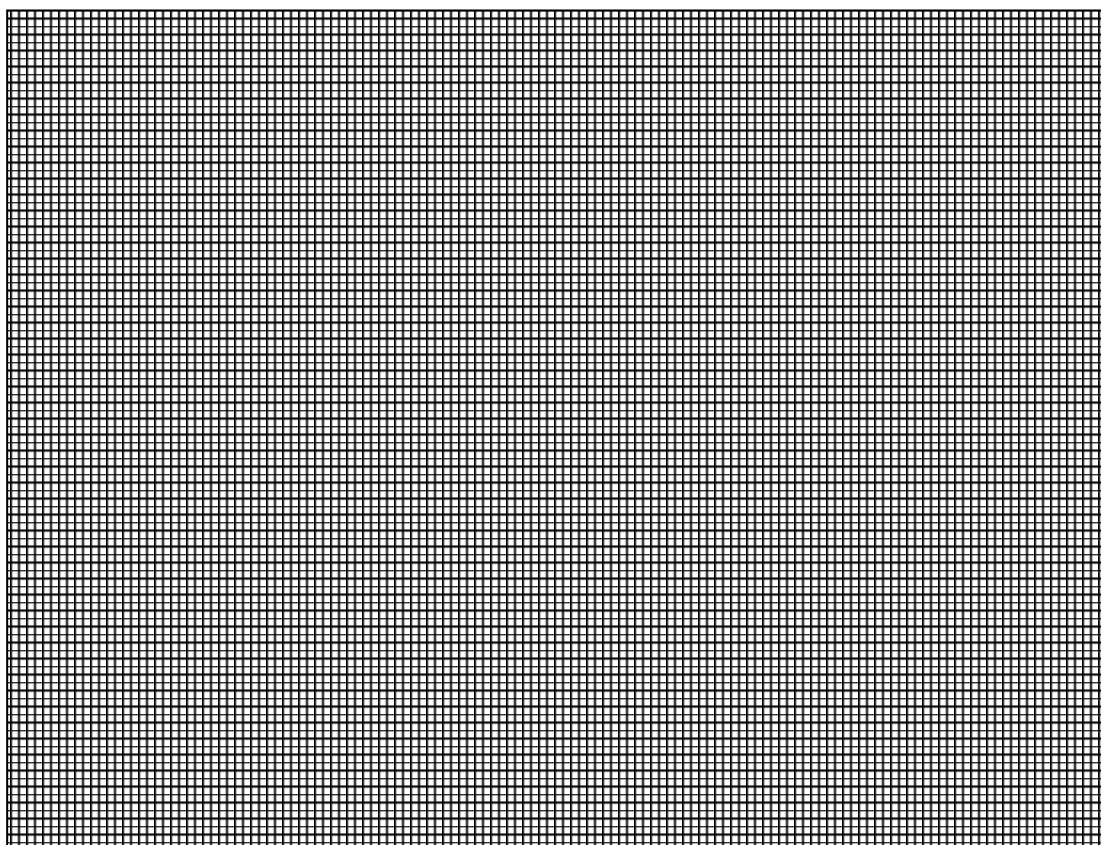
WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA LUB PODMIOT ZAWIERAJĄCY UMOWĘ

		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 ODRĘBNI 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

NAZWA	ILOŚĆ

DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

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

DATA

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