

Wniosek grupowej praktyki o wpis zmianę
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą
Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
w Tarnowie

(W przypadku składania wniosku o wpis zmian w rejestrze należy
wypełnić pozycje od 1 do 4 oraz te pozycje, które uległy zmianie)

Data wpłynięcia wniosku

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|--------------|--|-----------------|-------------------|---------|--|--------|--|--------|--|----------|------------|--------------|--|-------|-------|-------|-------|--------------|---------|-----------------|-------------------|
| 1. | numer księgi rejestrowej (w przypadku zmiany) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. | organ Prowadzący P - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | rejestr kod izby nazwa okręgowej rady pielęgniarek i położnych | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. | Nazwa spółki | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4. | Forma organizacyjno-prawna | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Spółka cywilna <input type="checkbox"/> Spółka jawna <input type="checkbox"/> Spółka partnerska <input type="checkbox"/> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5. | Reprezentowana przez | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | Imię: Nazwisko: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | (nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 6. | numer REGON | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 7. | numer wpisu do rejestru przedsiębiorców, (w przypadku spółki jawnej albo partnerskiej) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 8. | Lista wspólników, partnerów (dane wspólników w II części wniosku) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 2. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 3. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 4. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 5. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 6. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 7. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 8. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 9. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 10. Imię Nazwisko | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 9. | ADRES KORESPONDENCYJNY GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="2">województwo:</td><td colspan="2">powiat:</td></tr><tr><td colspan="2">gmina:</td><td colspan="2">ulica:</td></tr><tr><td>Nr domu:</td><td>Nr lokalu:</td><td colspan="2">miejscowość:</td></tr><tr><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td><td>.....</td></tr><tr><td style="text-align: center;">kod pocztowy</td><td style="text-align: center;">Telefon</td><td style="text-align: center;">Telefon 2/ Faks</td><td style="text-align: center;">Telefon komórkowy</td></tr></table> | województwo: | | powiat: | | gmina: | | ulica: | | Nr domu: | Nr lokalu: | miejscowość: | | | | | | kod pocztowy | Telefon | Telefon 2/ Faks | Telefon komórkowy |
| województwo: | | powiat: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| gmina: | | ulica: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nr domu: | Nr lokalu: | miejscowość: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| kod pocztowy | Telefon | Telefon 2/ Faks | Telefon komórkowy | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

.....
adres poczty elektronicznej

.....
adres strony internetowej

10. Data rozpoczęcia działalności leczniczej

| | | | | | | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|

11. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

(wypełnić tylko w sytuacji, gdy praktyka ma jedną polisę obejmującą wszystkich współników)

Zakres ubezpieczenia:
.....
.....

Suma
gwarancyjna:

Suma
ubezpieczenia:

Okres ubezpieczenia od dnia:

do dnia:

12. Dane do akredytacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych

| | |
|-------------------------------------|-----------------------------------|
| Data wydania certyfikacji: | Zakres akredytacji |
|-------------------------------------|-----------------------------------|

Wykaz załączników

(na podstawie art. 102. ust. 3. w powiązaniu z art. 100 ust. 4 z ustawy o działalności leczniczej)

1. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
2. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
3. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
4. Kopia opinii sanitarnej - należy dołączyć w przypadku praktyki w gabinecie.
5. Część II – dane współnika lub partnera spółki szt.
6. Część III – adresy miejsc udzielania świadczeń szt.

WYCIĄG Z USTAWY Z 15 KWIETNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Art. 107. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany **zgłaszać organowi** prowadzącemu rejestr **wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.**

2. W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą **karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia** za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z treścią przepisu art. 107 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), i zobowiązuje się do zgłaszania właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania pod rygorem możliwości nałożenia przez podmiot prowadzący rejestr kary pieniężnej w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.
- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą,
- znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654).

| | | |
|---------|--|--|
| Data: | | Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie: |
| Podpis: | | |

TAK NIE **10. Adres miejsca przyjmowania wezwań:** (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

| | | | |
|-----------------------|------------------|--------------------------|----------------------------|
| województwo: | | powiat: | |
| gmina: | | ulica: | |
| Nr domu: | Nr lokalu: | miejscowość: | |
| kod pocztowy | Telefon | Telefon 2/ Faks | Telefon komórkowy |

11. Adresy miejsc przechowywania dokumentacji (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

| | | | |
|-----------------------|------------------|--------------------------|----------------------------|
| województwo: | | powiat: | |
| gmina: | | ulica: | |
| Nr domu: | Nr lokalu: | miejscowość: | |
| kod pocztowy | Telefon | Telefon 2/ Faks | Telefon komórkowy |

12. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

(wypełnić tylko w sytuacji, gdy każdy ze współników posiada indywidualne ubezpieczenie)

| | | | |
|-------------------------------------|--|---|--|
| Zakres ubezpieczenia: | | | |
| Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie | | Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia | |
| Okres ubezpieczenia od dnia: | | do dnia: | |

13. Data rozpoczęcia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki

14. Data podjęcia działalności po okresie zawieszenia

15. Informacje o czasowym zawieszeniu 0 działalności leczniczejod do **016. Data zakończenia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki**

.....
Podpis współnika / partnera praktyki

Załącznik nr 5

Cześć III

Nr kolejny załącznika

do Wniosku praktyki o wpis / zmianę
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

| | | | |
|--|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Adres praktyki indywidualnej | <input type="checkbox"/> Adres praktyki grupowej | | |
| imiona i nazwisko | imiona i nazwisko współnika / partnera | | |
| Numer prawa wykonywania zawodu <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> | | | |
| <input type="checkbox"/> P - Pielęgniarka / Pielęgniarz <input type="checkbox"/> A - Położna / Położny | | | |
| Kolejne adresy miejsc udzielanych świadczeń: | | | |
| Rodzaj działalności leczniczej: | | | |
| Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne <input type="checkbox"/> Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne <input type="checkbox"/> Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne <input type="checkbox"/> | | | |
| Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu | Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego 14 znakowy - numer REGON podmiotu: (w przypadku podania 14 znakowego numeru REGON dane adresowe zostaną pobrane z elektronicznego rejestru – w takiej sytuacji informacji o danych adresowych nie wypełnia się) Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego: | | |
| województwo: | powiat: | | |
| gmina: | ulica: | | |
| Nr domu: | Nr lokalu: | miejscowość: | |
| kod pocztowy | Telefon | Telefon 2/ Faks | Telefon komórkowy |
| adres poczty elektronicznej | | adres strony internetowej | |
| Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki) | | | |
| Pielęgnacyjne <input type="checkbox"/> | Lecznicze <input type="checkbox"/> | Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/> | Diagnostyczne <input type="checkbox"/> |
| Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia <input type="checkbox"/> | | Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/> | Inne <input type="checkbox"/> |