

Wniosek indywidualnej praktyki o wpis / zmianę do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

(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

--	--	--	--	--	--	--	--

1. numer księgi rejestrowej (w przypadku zmiany)			
2. organ Prowadzący rejestr		P- <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		kod izby	nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych
3. Imiona i nazwisko			
4. 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
5. Aktualnie wpisana w nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych			
6. Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych		<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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P Pielęgniarka / Pielęgniarz <input type="checkbox"/> A Położna / Położny
7. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej (jeżeli został nadany)			
8. Numer NIP <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"/> <input type="checkbox"/>			
9. Adres do korespondencji:			
województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejsowość:	
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	
10. Data rozpoczęcia działalności leczniczej		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
11. Data podjęcia działalności po okresie zawieszenia		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
12 Informacje o czasowym zawieszeniu Działalności leczniczej		od	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		do	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

13. Rodzaj działalności leczniczej

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne
 Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne

14. Rodzaj praktyki

- 93 - indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 95 - indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania
- 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania
- 98 - indywidualna praktyka pielęgniarki
- 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki

15. Informacje o specjalizacjach. W przypadku prowadzenia praktyki specjalistycznej należy wpisać:

Posiadane specjalizacje	W tej dziedzinie będzie wykonywana praktyka?	
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

16. 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

17. Adres miejsca 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

18. Adres miejsca udzielanych świadczeń:

Adres nr 1 (kolejne adresy w załączniku III)

Rodzaj działalności leczniczej:

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne
 Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne

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	

19. 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"/>	

20. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

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

21. Dane do akredytacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych

	Zakres akredytacji
..... Data wydania certyfikacji:	.....

Wykaz załączników:

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

1. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
4. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
5. Kopia opinii sanitarnej - należy dołączyć w przypadku praktyki w gabinecie.
6. Załącznik III – Kolejne 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:		