

Wniosek indywidualnej praktyki o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Data wpłynięcia wniosku

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

1. numer księgi rejestrowej.....														
2. organ prowadzący rejestr	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table> kod izby		 nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych										
3. Imiona i nazwisko														
4. Numer prawa wykonywania zawodu	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>									<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"> <tr><td style="text-align: center;">P</td></tr> </table> Pielęgniarka <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="text-align: center;">A</td></tr> </table> Położna	P	A		
P														
A														
5. Aktualnie wpisana w														
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych														
6. Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>											<table border="1" style="width: 20px; height: 20px; margin-bottom: 5px;"> <tr><td style="text-align: center;">P</td></tr> </table> Pielęgniarka <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td style="text-align: center;">A</td></tr> </table> Położna	P	A
P														
A														
7. Przewidywana data zakończenia działalności leczniczej:														
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> <td style="width: 20px;"></td> </tr> </table>														
7. Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po wykreśleniu z rejestru														
województwo:		powiat:												
ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:												
<table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"></td> <td style="width: 15px;"></td> </tr> </table> - <table border="1" style="width: 40px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"></td> <td style="width: 15px;"></td> </tr> </table> kod pocztowy				 miejscowość:									
..... Telefon Telefon 2/ Faks Telefon komórkowy												
..... adres poczty elektronicznej	 adres strony internetowej												

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- 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		