

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK  
PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH**  
Część A

	NR AKT	
	DATA PRZYJĘCIA	
<b>DANE EWIDENCYJNE</b>		
<b>GRUPOWA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH</b>		
Firma przedsiębiorcy:		
REPREZENTOWANA PRZEZ - NAZWISKO I IMIONA PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI		
UMOWA SPÓŁKI PRAWA CYWILNEGO Z DNIA (W ZAŁĄCZENIU)		
<b>ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH</b>		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
<b>Oświadczenie:</b>		
Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych są kompletne i zgodne z prawdą oraz znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej.		
Miejscowość      data      imię, nazwisko, funkcja i podpis przedstawiciela spółki		
<b>LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ</b>		
NR	NAZWISKO I IMIONA	
	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w Adres zamieszkania: województwo powiat            gmina ulica i nr domu / lokalu miejscowość      kod pocztowy	numer rejestru
NR	NAZWISKO I IMIONA	
	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w Adres zamieszkania: województwo powiat            gmina ulica i nr domu / lokalu miejscowość      kod pocztowy	numer rejestru
NR	NAZWISKO I IMIONA	
	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w Adres zamieszkania: województwo powiat            gmina ulica i nr domu / lokalu miejscowość      kod pocztowy	numer rejestru

NR	NAZWISKO I IMIONA	
	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w	
	Adres zamieszkania: województwo	numer rejestru
	powiat            gmina	
	ulica i nr domu / lokalu	
NR	NAZWISKO I IMIONA	
	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w	
	Adres zamieszkania: województwo	numer rejestru
	powiat            gmina	
	ulica i nr domu / lokalu	
NR	NAZWISKO I IMIONA	
	CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH w	
	Adres zamieszkania: województwo	numer rejestru
	powiat            gmina	
	ulica i nr domu / lokalu	
DATA		PODPIS PRZEDSTAWICIELA SPOŁKI

**CZĘŚĆ B\***  
**NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI**

--

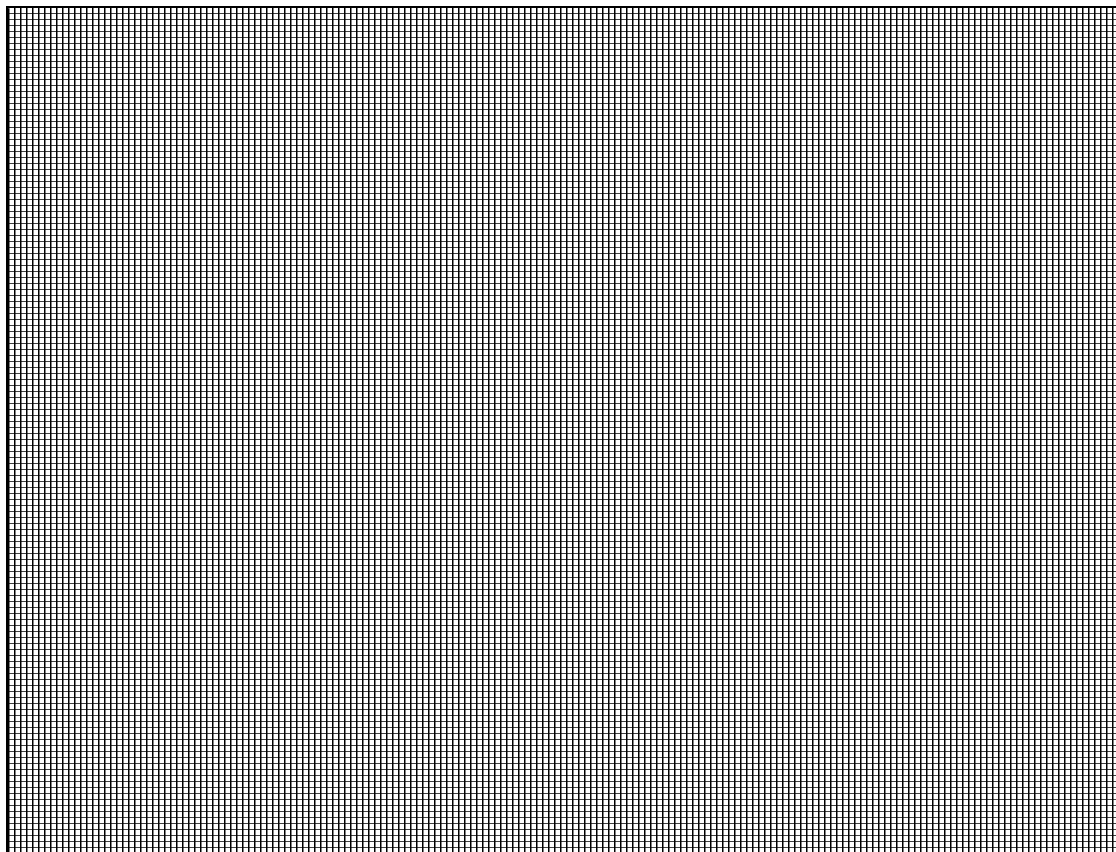
- DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W TYM POMIESZCZENIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO, WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH PRZEZ WSPÓLNIKA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

	NR AKT	
	DATA PRZYJĘCIA	
Nazwisko i imiona		
Numer PESEL		
<input type="checkbox"/> PIEŁĘGNIARKA	<input type="checkbox"/> POŁOŻNA	
numer prawa wykonywania zawodu		<input type="checkbox"/> nieograniczone <input type="checkbox"/> ważne do dnia
Posiadana specjalizacja		
Posiadana specjalizacja		
Posiadana specjalizacja		
<b>ZAKRES I RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ RODZINNYCH</b>		
* CZĘŚĆ B WNIOSKU NALEŻY WYPEŁNIĆ ODREBNIENIE DLA KAŻDEGO POMIESZCZENIA, W KTÓRYM BĘDZIE WYKONYWANA GRUPOWA PRAKTYKA PIEŁĘGNIAREK, 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.

<b>MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ*</b>			
WOJEWÓDZTWO		POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ
<b>MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI / NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI</b>			
WOJEWÓDZTWO		POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	
<b>MIEJSCE PRZECHOWYWANIA NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI</b>			
WOJEWÓDZTWO		POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	
* WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA W ODNIESIENIU DO PIEŁĘGNIARKI, POŁOŻONEJ WSPÓLNIKA SPÓŁKI, KTÓRA BĘDZIE UDZIELAŁA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH 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**

<b>DATA</b>	<b>PODPIS PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI</b>
-------------	--------------------------------------