



Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

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

Data wpłynięcia wniosku: |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

1. Numer księgi rejestrowej (w przypadku zmiany wpisu)

2. Imiona i Nazwisko

3. Aktualnie wpisana/y do rejestru okręgowej izby pielęgniarek położnych w

4. Nr prawa wykonywania zawodu |__|__|__|__|__|__|__|

5. Nr wpisu do rejestru okręgowej izby (12 znakowy) |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

6. Numer NIP |__|__|__| - |__|__|__| - |__|__| - |__|__|

7. Adres do korespondencji

województwo powiat gmina

kod pocztowy |__|__| - |__|__|__| miejscowość

ulica nr domu nr lokalu.....

telefon faks telefon komórkowy

adres e-mail

8. Proszę o przesłanie zaświadczenia o wpisie do rejestru email'em tak nie

9. Data rozpoczęcia działalności leczniczej: |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

10. Rodzaj praktyki (wykonywanej wyłącznie)

- 93 - indywidualna praktyka pielęgniarki w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy cywilno-prawnej - załącznik Nr I
- 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy cywilno-prawnej - załącznik Nr I
- 95 - indywidualna praktyka pielęgniarki w miejscu wezwania (świadczenia w domu pacjenta)
– załącznik Nr II
- 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki w miejscu wezwania
(świadczenia w domu pacjenta) – załącznik Nr II
- 98 - indywidualna praktyka pielęgniarki w gabinecie – załącznik Nr III
- 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki w gabinecie – załącznik Nr III

11. Dane o specjalizacji (w przypadku wykonywania specjalistycznej praktyki).

Posiadane specjalizacje: 1
Dziedzina/y medycyny wykonywana w specjalistycznej praktyce

12. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

	Na jedno zdarzenie	Na wszystkie zdarzenia
Suma gwarancyjna € <input type="checkbox"/> PLN <input type="checkbox"/>		
Okres ubezpieczenia	od __ __ - __ __ - __ __ __ __	do __ __ - __ __ - __ __ __ __

13. Informacja o podjęciu działalności leczniczej po okresie zawieszenia __ __ - __ __ - __ __ __ __
14. Informacja o czasowym zawieszeniu działalności leczniczej od __ __ - __ __ - __ __ __ __ do __ __ - __ __ - __ __ __ __

15. Dane do akredytacji w zakresie spełniania standardów udzielania świadczeń

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

15. Dane do akredytacji do prowadzenia kształcenia podyplomowego

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

Załączniki:

1. Załącznik/i Nr odpowiedni dla rodzaju praktyki szt.
2. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
3. Kserokopia umowy ubezpieczenia obowiązkowego od odpowiedzialności cywilnej.
4. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji (w przypadku specjalistycznej praktyki).
5. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
6. Kopia opinii sanitarnej (w przypadku gabinetu).

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- Oświadczam, iż 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 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: