



## Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

### Wniosek o wykreślenie indywidualnej praktyki z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Data wpłynięcia wniosku: |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

1. Numer księgi rejestrowej .....

2. Izba prowadząca rejestr .....

3. Imiona i Nazwisko .....

kod pocztowy |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_| miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu.....

telefon komórkowy ..... adres e-mail .....

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

5. Nr prawa wykonywania zawodu |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

6. Nr wpisu do rejestru okręgowej izby (12 znakowy) |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

7. Data zakończenia działalności leczniczej |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|

8. Adres przechowywania dokumentacji medycznej po wykreśleniu z rejestru:

województwo ..... powiat ..... gmina .....

kod pocztowy |\_\_|\_\_| - |\_\_|\_\_|\_\_| miejscowość .....

ulica ..... nr domu ..... nr lokalu.....

#### 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:

.....

.....

.....