



**Wniosek o zawieszenie indywidualnej praktyki
w rejestrze 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. Informacja o zawieszeniu działalności leczniczej:

od |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__| do |__|__| - |__|__| - |__|__|__|__|

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: