



Warszawska Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych

Załącznik Nr II – 95, 96

Nr kolejny załącznika

Dane o indywidualnej specjalistycznej* praktyce pielęgniarki/położnej* wyłącznie w miejscu wezwania

1. Rodzaj działalności leczniczej:

- Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne.
- Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne.
- Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne.

2. Adres miejsca przyjmowania wezwań:

województwo	powiat	gmina
kod pocztowy __ __ - __ __ __		miejsowość
ulica	nr domu	nr lokalu.....
telefon	faks	telefon komórkowy
adres e-mail	adres strony internetowej	

3. Adres przechowywania:

- dokumentacji
- narzędzi
- produktów leczniczych
- sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji

województwo	powiat	gmina
kod pocztowy __ __ - __ __ __		miejsowość
ulica	nr domu	nr lokalu.....
telefon	faks	telefon komórkowy
adres e-mail	adres strony internetowej	

4. Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych:

.....

* Oświadczam, że znane mi są przepisy dotyczące **postępowania z odpadami medycznymi** zgodnie z ustawą z dnia 14 grudnia 2012 r. oraz rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 30 lipca 2010 r.

Data:

Imię i nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:

Podpis:

.....

.....

.....

* niepotrzebne skreślić