



**Dane o indywidualnej specjalistycznej* praktyce pielęgniarki/położnej*
wyłącznie w gabinecie**

1. Rodzaj działalności leczniczej:

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

2. Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

3. Opinia sanitarna:

<input type="checkbox"/> Brak opinii sanitarnej	Data wydania
<input type="checkbox"/> Pozytywna opinia sanitarna	Nazwa organu wydającego
<input type="checkbox"/> Negatywna opinia sanitarna

4. Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych:

.....

.....

Data:

Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:

Podpis:

.....

.....

.....