



Załącznik Nr I – 93, 94

Nr kolejny załącznika .....

**Dane o indywidualnej specjalistycznej\* praktyce pielęgniarki/położnej\*  
wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego**

**1. Rodzaj działalności leczniczej:**

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

**2. Adres podmiotu leczniczego:**

Nr REGON podmiotu (14 znakowy) .....		
Nazwa przedsiębiorstwa .....		
.....		
województwo .....	powiat .....	gmina .....
kod pocztowy  __ __  -  __ __ __  miejscowość .....		
ulica ..... nr domu ..... nr lokalu.....		
telefon ..... faks ..... telefon komórkowy .....		
adres e-mail ..... adres strony internetowej .....		

**3. Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych:**

.....

.....

Data:

Imię i nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:

Podpis:

.....

.....

.....

\* niepotrzebne skreślić