

Wniosek o wydanie zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki, położnej*

wyłącznie w miejscu wezwania*

w gabinecie pielęgniarskim*

i wpis do rejestru indywidualnych praktyk i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek i położnych

.....
.....
(nazwa i siedziba okręgowej izby pielęgniarek i położnych)

CZĘŚĆ A

NUMER AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Dane ewidencyjne

Nazwisko i imiona

.....

pielęgniarka*

położna*

Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

Numer rejestru pielęgniarki/ położnej* w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

.....

Numer prawa wykonywania zawodu

.....

Planowany termin rozpoczęcia działalności

.....

* Właściwe zakreślić.

Posiadane kwalifikacje uzyskane w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

Rodzaj kształcenia	Dziedzina lub zakres ukończonego kształcenia

2. Przebieg pracy zawodowej w ciągu ostatnich 2 lat**

Okres	Miejsce pracy	Stanowisko

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

** Zgodnie z art. 25 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) pkt 2 wypełnia się do czasu uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

CZĘŚĆ B*

Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny, miejsce przechowywania dokumentacji medycznej

NUMER AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

Wypełnia wnioskodawca

Nazwisko i imiona:

1. Adres praktyki

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

2. Adres miejsca wykonywania praktyki

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

* Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, położnej.

3. Adres miejsca przyjmowania wezwań

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

4. Adres miejsca przechowywania aparatury i sprzętu medycznego

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

5. Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

6. Adres do korespondencji

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu)

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

7. Dane o wyposażeniu praktyki w aparaturę i sprzęt medyczny

Lp.	Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

CZĘŚĆ C

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

w

Nr z dnia

- udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki pielęgniarki/ położnej*
- udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki/położnej*

Pani/Panu

- wpisano praktykę do rejestru indywidualnych praktyk i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych pod nr
- nie udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki pielęgniarki/położnej* (uzasadnienie w załączeniu)
- nie udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki/położnej* (uzasadnienie w załączeniu)

(pieczęć okrągła)

.....
(data)

.....
(podpis przewodniczącej /przewodniczącego
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

* Właściwe zakreślić.