

**Wniosek o wydanie zezwolenia na wykonywanie grupowej praktyki
pielęgniarek/ położnych***

wyłącznie w miejscu wezwania*

w gabinecie pielęgniarskim*

inne*

i wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych

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

CZĘŚĆ A

NUMER AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Dane ewidencyjne

Grupowa praktyka*:

pielęgniarek

położnych

pielęgniarek i położnych

firma spółki (nazwa spółki)

.....
siedziba w

Osoba uprawniona do reprezentowania spółki:

.....
.....
Planowany termin rozpoczęcia działalności:

.....
.....

.....
* Właściwe zakreślić.

W przypadku zaznaczenia pola „inne” należy wpisać nazwę i adres podmiotu innego niż zakład opieki zdrowotnej, z którym zawarto umowę cywilnoprawną będącą podstawą wykonywania grupowej praktyki:

1) nazwa podmiotu.....

2) adres podmiotu:

.....
(województwo) (powiat)

.....
(gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)

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

.....
(faks) (adres poczty elektronicznej)

2. Adres grupowej praktyki

.....
(województwo) (powiat)

.....
(gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)

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

.....
(faks) (adres poczty elektronicznej)

3. Lista wspólników spółki:

1) nazwisko i imiona

członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

2) nazwisko i imiona

członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

3) nazwisko i imiona

członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

4) nazwisko i imiona

- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 5) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 6) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 7) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 8) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 9) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 10) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

.....
(data)

.....
(podpis przedstawiciela spółki)

CZĘŚĆ B*

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

NUMER AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Dane ewidencyjne

Grupowa praktyka **:

- pielęgniarek
 położnych
 pielęgniarek i położnych

Reprezentowana przez

.....

.....

(nazwisko i imiona przedstawiciela spółki)

2. Świadczenia udzielane przez:

Panią/Pana

.....

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu

nr

członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

.....

(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

* Część B wniosku wypełnia wnioskodawca odrębnie dla każdego wspólnika oraz pomieszczenia, w którym wspólnik będzie udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki pielęgniarek, położnych.

** Właściwe zakreślić.

3. Posiadane kwalifikacje uzyskane w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

Rodzaj kształcenia	Dziedzina lub zakres ukończonego kształcenia

4. Przebieg pracy zawodowej w ciągu ostatnich 2 lat^{*}**

Okres	Miejsce pracy	Stanowisko

^{***}..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 4 wypełnia się do czasu uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

5. Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

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

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

6. Adres miejsca przyjmowania wezwań

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

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

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

7. Adres miejsca przechowywania aparatury i sprzętu medycznego

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

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

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

8. Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejscowość)

.....
(kod pocztowy)

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

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

9. Adres do korespondencji

.....
(województwo)

.....
(powiat)

.....
(gmina)

.....
(miejsowość)

.....
(kod pocztowy)

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

.....
(telefon)

.....
(faks)

.....
(adres poczty elektronicznej)

10. Dane o wyposażeniu praktyki w aparaturę i sprzęt medyczny

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

.....
(data)

.....
(podpis przedstawiciela spółki)

CZĘŚĆ C

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

W

Nr z dnia

udzielono zezwolenia na wykonywanie grupowej praktyki pielęgniarek/położnych*

przez pielęgniarki/położne* wpisane na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej/spółki partnerskiej* i wpisano do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych

pod nr

nie udzielono zezwolenia na wykonywanie grupowej praktyki pielęgniarek/położnych* (uzasadnienie w załączeniu)

(pieczęć okrągła)

.....
(data)

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

* Właściwe zakreślić.