

**ZEZWOLENIE Nr .....**

**NA WYKONYWANIE GRUPOWEJ PRAKTYKI PIEŁĘGNIAREK/POŁOŻNYCH \***

wyłącznie w miejscu wezwania \*

w gabinecie pielęgniarskim \*

inne \*

**Na obszarze działania:**

.....  
.....

(nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych)

przez pielęgniarki/pielęgniarzy \*, położne/położnych\* wspólników spółki cywilnej/spółki partnerskiej :

firma spółki (nazwa spółki) .....

.....

siedziba w .....

1. Panią/Pana .....

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza\* nr .....

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu położnej/ położnego\* nr .....

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....

członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w .....

.....  
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie.....

2. Panią/Pana .....

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza\* nr .....

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu położnej/ położnego\* nr .....

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....

członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w .....

.....  
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie.....

.....  
\* Właściwe zakreślić.

3. Panią/Pana .....  
posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza\* nr .....  
posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu położnej/ położnego\* nr .....  
wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....  
członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w .....  
.....  
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie.....  
wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w  
..... na podstawie art. 25a ust. 3 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) i uchwały  
nr..... z dnia .....

**Adres miejsca wykonywania praktyki/adres miejsca przyjmowania wezwań\*:**

.....  
(województwo) ..... (powiat)  
.....  
(gmina) ..... (miejscowość) ..... (kod pocztowy)  
.....  
(ulica, nr domu, nr lokalu) ..... (telefon)  
.....  
(faks) ..... (adres poczty elektronicznej)

Zezwolenie jest bezterminowe i ważne na terenie działania Okręgowej Izby  
Pielęgniarek i Położnych w .....

(pieczęć okrągła )

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

\* Właściwie zakreślić.