

**ZAŚWIADCZENIE O WPISIE DO REJESTRU
GRUPOWYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH**

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

Na podstawie art. 25a ust. 5 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

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w
**stwierdza się, że wydano zezwolenie na wykonywanie grupowej praktyki
pielęgniarek/ położnych***

.....
(adres praktyki)

wyłącznie w miejscu wezwania*

w gabinecie pielęgniarskim*

inne*

przez pielęgniarki/położne* wspólników spółki cywilnej/spółki partnerskiej*

firma spółki (nazwa spółki)

siedziba w

1. Panią/Pana

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniacza* 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.

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.....

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.....

Adres miejsca wykonywania praktyki/adres miejsca przyjmowania wezwań*:

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

* Właściwie zakreślić.

**Zezwolenie nr zostało wpisane do rejestru grupowych praktyk
pielęgniarek, położnych**

pod nr.....

(pieczęć okrągła)

.....

(data)

.....

(podpis przewodniczącej /przewodniczącego
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)