

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH

Część A

<input type="checkbox"/> grupowa praktyka pielęgniarek, położnych ¹⁾ <input type="checkbox"/> grupowa praktyka pielęgniarek, położnych wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾		NR AKT ²⁾			
		DATA PRZYJĘCIA ²⁾			
GRUPOWA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH					
FIRMA PRZEDSIĘBIORCY					
.....					
REPREZENTOWANA PRZEZ – NAZWISKO I IMIONA PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI					
UMOWA SPÓŁKI PRAWA CYWILNEGO z dnia					
ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH					
WOJEWÓDZTWO		POWIAT		GMINA	
ULICA I NR DOMU/LOKALU			KOD POCZTOWY		
MIEJSCOWOŚĆ		TELEFON		FAKS	E-MAIL
Oświadczenie:					
Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych są kompletne i zgodne z prawdą oraz znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.).					
Miejscowość..... Data..... Imię, nazwisko i funkcja					
Czytelny podpis przedstawiciela/przedstawicieli spółki.....					
LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ/PARTNERSKIEJ					
NR	NAZWISKO I IMIONA				
	Członek				
				
	(nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)				
	z siedzibą w				
	adres zamieszkania:				
	województwo.....				
	powiat.....gmina.....				
	ulica i nr domu/lokalu.....				
	miejscowość..... kod pocztowy.....				
	Nr prawa wykonywania zawodu				
	Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych				
	PESEL				
	NIP				
	Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾				

NR	NAZWISKO I IMIONA											
	Członek	Nr prawa wykonywania zawodu										
 (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)	Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych										
	z siedzibą w											
	adres zamieszkania:											
	województwo	PESEL										
	powiat.....gmina.....	NIP										
ulica i nr domu/lokalu.....	Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾											
miejsowość..... kod pocztowy.....												
NR	NAZWISKO I IMIONA											
	Członek	Nr prawa wykonywania zawodu										
 (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)	Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych										
	z siedzibą w											
	adres zamieszkania:											
	województwo	PESEL										
	powiat.....gmina.....	NIP										
ulica i nr domu/lokalu.....	Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾											
miejsowość..... kod pocztowy.....												
NR	NAZWISKO I IMIONA											
	Członek	Nr prawa wykonywania zawodu										
 (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)	Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych										
	z siedzibą w											
	adres zamieszkania:											
	województwo	PESEL										
	powiat.....gmina.....	NIP										
ulica i nr domu/lokalu.....	Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾											
miejsowość..... kod pocztowy.....												
NR	NAZWISKO I IMIONA											
	Członek	Nr prawa wykonywania zawodu										
 (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)	Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych										
	z siedzibą w											
	adres zamieszkania:											
	województwo	PESEL										
	powiat.....gmina.....	NIP										
ulica i nr domu/lokalu.....	Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾											
miejsowość..... kod pocztowy.....												
DATA	CZYTELNY PODPIS PRZEDSTAWICIELA/PRZEDSTAWICIELI SPÓŁKI											

CZEŚĆ B⁴⁾
NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI

Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w urządzenia, sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych przez wspólnika świadczeń zdrowotnych¹⁾

Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania¹⁾

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia:

- dokument potwierdzający własność
 umowa najmu umowa użyczenia
 umowa podnajmu inny tytuł prawny

		NR AKT ²⁾		
		DATA PRZYJĘCIA ²⁾		
NAZWISKO I IMIONA				
POSIADANA SPECJALIZACJA				
POSIADANA SPECJALIZACJA				
ADRES MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI				
WOJEWÓDZTWO		POWIAT		GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU			KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ		TELEFON	FAKS	E-MAIL
POWIERZCHNIA m ²	INSTALACJA ZAKRYTA			
	<input type="checkbox"/> wodociągowa ¹⁾	<input type="checkbox"/> kanalizacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> grzewcza ¹⁾	<input type="checkbox"/> wentylacyjna ¹⁾
<input type="checkbox"/> dostęp dla osób niepełnosprawnych ¹⁾		<input type="checkbox"/> poczekalnia dla pacjentów ¹⁾		
<input type="checkbox"/> dostęp do WC dla pacjentów ¹⁾		<input type="checkbox"/> zabezpieczenie składowania brudnej bielizny ¹⁾		
<input type="checkbox"/> zabezpieczenie odpadów medycznych ¹⁾				
ZAKRES I RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH				
DATA		CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY		

WYPOSAŻENIE POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA

NAZWA	ILOŚĆ

WYPOSAŻENIE PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

NAZWA	PRODUCENT	ROK PRODUKCJI	NUMER FABRYCZNY	NUMER ŚWIADECTWA ATESTACJI I DATA WAŻNOŚCI
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY			

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ	
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY	

Załączone dokumenty:

- Umowa spółki cywilnej
- Dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczeń, w których będzie wykonywana grupowa praktyka egz.
- Opinia organu sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie w danych pomieszczeniach świadczeń zdrowotnych egz.
- Dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) egz.
- Zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej egz. lub odpis KRS
- Zaświadczenia o posiadanych specjalizacjach egz.

1) Zakreślić właściwy kwadrat.

2) Wypełnia organ rejestrowy.

3) Nie dotyczy spółki partnerskiej.

4) Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana grupowa praktyka pielęgniarek i położnych.

5) Wypełnia wnioskodawca w odniesieniu do pielęgniarki, położnej współnika spółki, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania.