

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH

Część A

<input type="checkbox"/> indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej ¹⁾ <input type="checkbox"/> indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾	NR AKT ²⁾														
	DATA PRZYJĘCIA ²⁾														
NAZWISKO.....			IMIONA.....												
Członek (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w	Numer prawa wykonywania zawodu														
	Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych														
	PESEL														
	NIP														
	Numer w ewidencji działalności gospodarczej														
Oświadczenie: Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych są kompletne i zgodne z prawdą oraz, że znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie praktyki zgłoszonej we wniosku, 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..... Czytelny podpis wnioskodawcy.....															
Adres zamieszkania		 (województwo, powiat, gmina, ulica, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)												
Adres (-y) miejsca wykonywania praktyki (miejsca przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego).		 (województwo, powiat, gmina, ulica, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)												
Załączone dokumenty:¹⁾ <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> opinia organu sanitarnego o spełnianiu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu świadczeń zdrowotnych (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) <input type="checkbox"/> zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej															
DATA			CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY												
.....														

Część B³⁾

- Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych świadczeń¹⁾
- Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania¹⁾

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA⁴⁾

		NR AKT ²⁾			
		DATA PRZYJĘCIA ²⁾			
NAZWISKO I IMIONA					
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"/> elektryczna 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⁾					
RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH					
DATA			CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY		

Upewnienia do korzystania z pomieszczenia¹⁾

<input type="checkbox"/> DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY WŁASNOŚĆ	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA
	<input type="checkbox"/> INNY TYTUŁ PRAWNY

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 DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY	

1) Zakreślić właściwy kwadrat.

2) Wypełnia organ rejestrowy.

3) Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej.

4) Wypełnia pielęgniarka, położna wykonująca praktykę w gabinecie.

5) Wypełnia pielęgniarka, położna wykonująca praktykę wyłącznie w miejscu wezwania.