

Wniosku grupowej praktyki o wpis zmianę
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Dane współnika lub partnera grupowej praktyki

1. Numer prawa wykonywania zawodu		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	Pielęgniarka Położna
2. Imiona i nazwisko				
3. Aktualnie wpisana w				
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych				
4. Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	Pielęgniarka Położna
5. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej				
6. Numer NIP <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>				
7. Adres zamieszkania współnika, partnera grupowej praktyki:				
województwo:		powiat:		
gmina:		ulica:		
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:		
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy	
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej		
8. Rodzaj praktyki				
<input type="checkbox"/> 95 - praktyka pielęgniarki, położnej wyłącznie w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> 96 - specjalistyczna praktyka pielęgniarki, położnej wyłącznie w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> 98 - praktyka pielęgniarki, położnej w gabinecie <input type="checkbox"/> 99 - specjalistyczna praktyka pielęgniarki w gabinecie				
9. Informacje o specjalizacjach. W przypadku prowadzenia praktyki specjalistycznej należy wpisać:				
Posiadane specjalizacje			W tej dziedzinie będzie wykonywana praktyka?	
			TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

10. Adres miejsca przyjmowania wezwań: (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy

11. Adresy miejsc przechowywania dokumentacji (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy

12. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

(wypełnić tylko w sytuacji, gdy każdy ze współników posiada indywidualne ubezpieczenie)

Zakres ubezpieczenia:			
Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie		Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia	
Okres ubezpieczenia od dnia:		do dnia:	

13. Data rozpoczęcia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki

14. Data podjęcia działalności po okresie zawieszenia

15. Informacje o czasowym zawieszeniu działalności leczniczejod do **16. Data zakończenia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki**

.....
Podpis współnika / partnera praktyki