

Wniosek indywidualnej praktyki o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Data wpłynięcia wniosku

1. numer księgi rejestrowej.....	
2. organ prowadzący rejestr	<input type="text"/> <input type="text"/> <small>kod izby nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych</small>
3. Imiona i nazwisko	
4. Numer prawa wykonywania zawodu	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> P Pielęgniarka <input type="checkbox"/> A Położna </div>
5. Aktualnie wpisana w	
<small>nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych</small>	
6. Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"> <input type="checkbox"/> P Pielęgniarka <input type="checkbox"/> A Położna </div>
7. Data zakończenia działalności leczniczej	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

Data:		Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:
Podpis		