

Załącznik nr 5

Cześć III

Nr kolejny załącznika

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

<input type="checkbox"/> Adres praktyki indywidualnej	<input type="checkbox"/> Adres praktyki grupowej
..... imiona i nazwisko imiona i nazwisko wspólnika / partnera
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 - Pielęgniarka / Pielęgniarz <input type="checkbox"/> A - Położna / Położny	
Kolejne adresy miejsc udzielanych świadczeń:	
Rodzaj działalności leczniczej:	
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne <input type="checkbox"/> Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne <input type="checkbox"/> Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne <input type="checkbox"/>	
Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu	Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego 14 znakowy - numer REGON podmiotu: (w przypadku podania 14 znakowego numeru REGON dane adresowe zostaną pobrane z elektronicznego rejestru – w takiej sytuacji informacji o danych adresowych nie wypełnia się) Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:
województwo:	powiat:
gmina:	ulica:
Nr domu:	Nr lokalu:
miejsowość:	
..... kod pocztowy Telefon
..... adres poczty elektronicznej Telefon 2/ Faks
..... adres strony internetowej	
Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)	
Pielęgnacyjne <input type="checkbox"/> Lecznice <input type="checkbox"/> Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/> Diagnostyczne <input type="checkbox"/> Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia <input type="checkbox"/> Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>	