

Wniosek grupowej praktyki o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Data wpłynięcia wniosku

--	--	--	--	--	--	--	--

1. numer księgi rejestrowej.....

2. organ
prowadzący
rejestr

--	--

kod izby

.....
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych

2. Forma organizacyjno–prawna spółki

Spółka cywilna

--

Spółka jawna

--

Spółka partnerska

--

4. Nazwa spółki

.....

5. Reprezentowana przez

Imię: Nazwisko:

.....

(nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes)

6. Data zakończenia działalności leczniczej:

--	--	--	--	--	--	--	--

Data:

Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:

.....

Podpis