

**Wniosek grupowej praktyki o wykreślenie
z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

Data wpłynięcia wniosku

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

1. numer księgi rejestrowej									
2. organ prowadzący rejestr	<table style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;"> </td></tr><tr><td colspan="2" style="text-align: center; font-size: small;">kod izby</td></tr></table>			kod izby					
kod izby									
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych									
2. Forma organizacyjno–prawna spółki									
<table style="width: 100%;"><tr><td style="width: 33%;">Spółka cywilna <input type="checkbox"/></td><td style="width: 33%;">Spółka jawna <input type="checkbox"/></td><td style="width: 33%;">Spółka partnerska <input type="checkbox"/></td></tr></table>		Spółka cywilna <input type="checkbox"/>	Spółka jawna <input type="checkbox"/>	Spółka partnerska <input type="checkbox"/>					
Spółka cywilna <input type="checkbox"/>	Spółka jawna <input type="checkbox"/>	Spółka partnerska <input type="checkbox"/>							
4. Nazwa spółki									
.....									
5. Reprezentowana przez									
Imię: Nazwisko:									
.....									
(nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes)									
6. Data zakończenia działalności leczniczej:									
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>									

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