

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"/> <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"/> <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
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"/> <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"/> <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"/>			
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 leczniczej** od
do **16. Data zakończenia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki**
Podpis współnika / partnera praktyki