

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK  
PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH  
Część A**

<input type="checkbox"/> grupowa praktyka pielęgniarek, położnych <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> grupowa praktyka pielęgniarek, położnych wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania <sup>1)</sup>	NR AKT <sup>2)</sup>	
	DATA PRZYJĘCIA <sup>2)</sup>	
<b>GRUPOWA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH</b>		
<b>FIRMA PRZEDSIĘBIORCY</b> ..... .....		
REPREZENTOWANA PRZEZ - NAZWISKO I IMIONA PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI		
UMOWA SPÓŁKI PRAWA CYWILNEGO z dnia .....		
<b>ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH</b>		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS E-MAIL
<p><b>Oświadczenie:</b>          Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych są kompletne i zgodne z prawdą oraz znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.).</p> <p>Miejscowość.....data.....imię, nazwisko i funkcja.....</p> <p>Czytelny podpis przedstawiciela/przedstawicieli spółki.....</p>		
<b>LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ/PARTNERSKIEJ</b>		
NR	<b>NAZWISKO I IMIONA</b>	
	Członek	Nr prawa wykonywania zawodu
	.....	Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych
	(nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)	
	z siedzibą w .....	
	adres zamieszkania:	
	województwo.....	PESEL
	powiat.....gmina.....	NIP
	ulica i nr domu/lokalu.....	Nr w ewidencji działalności gospodarczej <sup>3)</sup>
	miejscowość.....kod pocztowy.....	

NR	<b>NAZWISKO I IMIONA</b>												
	Członek ..... (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w ..... adres zamieszkania: województwo..... powiat.....gmina..... ulica i nr domu/lokalu..... miejscowość.....kod pocztowy.....	Nr prawa wykonywania zawodu											
		Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych											
			PESEL										
		NIP											
		Nr w ewidencji działalności gospodarczej <sup>3)</sup>											
NR	<b>NAZWISKO I IMIONA</b>												
	Członek ..... (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w ..... adres zamieszkania: województwo..... powiat.....gmina..... ulica i nr domu/lokalu..... miejscowość.....kod pocztowy.....	Nr prawa wykonywania zawodu											
		Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych											
			PESEL										
		NIP											
		Nr w ewidencji działalności gospodarczej <sup>3)</sup>											
NR	<b>NAZWISKO I IMIONA</b>												
	Członek ..... (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w ..... adres zamieszkania: województwo..... powiat.....gmina..... ulica i nr domu/lokalu..... miejscowość.....kod pocztowy.....	Nr prawa wykonywania zawodu											
		Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych											
			PESEL										
		NIP											
		Nr w ewidencji działalności gospodarczej <sup>3)</sup>											
NR	<b>NAZWISKO I IMIONA</b>												
	Członek ..... (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w ..... adres zamieszkania: województwo..... powiat.....gmina..... ulica i nr domu/lokalu..... miejscowość.....kod pocztowy.....	Nr prawa wykonywania zawodu											
		Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych											
			PESEL										
		NIP											
		Nr w ewidencji działalności gospodarczej <sup>3)</sup>											
DATA		CZYTELNY PODPIS PRZEDSTAWICIELA/PRZEDSTAWICIELI SPÓŁKI											

**CZEŚĆ B<sup>4)</sup>**  
**NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI .....**

Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w urządzenia, sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych przez wspólnika świadczeń zdrowotnych <sup>1)</sup>

Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania <sup>1)</sup>.

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia:

- dokument potwierdzający własność;  
 umowa najmu                       umowa użyczenia  
 umowa podnajmu                 inny tytuł prawny

		NR AKT <sup>2)</sup>		
		DATA PRZYJĘCIA <sup>2)</sup>		
NAZWISKO I IMIONA				
POSIADANA SPECJALIZACJA				
POSIADANA SPECJALIZACJA				
<b>ADRES MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI</b>				
WOJEWÓDZTWO		POWIAT		GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU			KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ		TELEFON	FAKS	E-MAIL
POWIERZCHNIA .....M <sup>2</sup>	<b>INSTALACJA ZAKRYTA</b>			
	<input type="checkbox"/> wodociągowa <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> kanalizacyjna <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> grzewcza <sup>1)</sup>	<input type="checkbox"/> wentylacyjna <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> elektryczna <sup>1)</sup>
<input type="checkbox"/> dostęp dla osób niepełnosprawnych <sup>1)</sup>		<input type="checkbox"/> poczekalnia dla pacjentów <sup>1)</sup>		
<input type="checkbox"/> dostęp do WC dla pacjentów <sup>1)</sup>		<input type="checkbox"/> zabezpieczenie składowania brudnej bielizny <sup>1)</sup>		
<input type="checkbox"/> zabezpieczenie odpadów medycznych <sup>1)</sup>				
<b>ZAKRES I RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH</b>				
<b>DATA</b>		<b>CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY</b>		

**WYPOSAŻENIE POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA**

<b>NAZWA</b>	<b>ILOŚĆ</b>

**WYPOSAŻENIE PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ**

<b>NAZWA</b>	<b>PRODUCENT</b>	<b>ROK PRODUKCJI</b>	<b>NUMER FABRYCZNY</b>	<b>NUMER ŚWIADECTWA ATESTACJI I DATA WAŻNOŚCI</b>
<b>DATA</b>	<b>CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY</b>			

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ <sup>5)</sup>		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ	
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ <sup>5)</sup>		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO <sup>5)</sup>		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY	

**Załączone dokumenty:**

- Umowa spółki cywilnej
- Dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczeń, w których będzie wykonywana grupowa praktyka ..... egz.
- Opinia organu sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie w danych pomieszczeniach świadczeń zdrowotnych ..... egz.
- Dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) ..... egz.
- Zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej ..... egz. lub odpis KRS
- Zaświadczenia o posiadanych specjalizacjach ..... egz.

1) zakreślić właściwy kwadrat

2) wypełnia organ rejestrowy

3) nie dotyczy spółki partnerskiej

4) część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana grupowa praktyka pielęgniarek i położnych

5) wypełnia wnioskodawca w odniesieniu do pielęgniarki, położnej współnika spółki, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania