

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH
PRAKTYK PIEŁĘGNIAREK, POŁOŻNYCH**

Część A

<input type="checkbox"/> indywidualna praktyka pielęgniarstwa, położniczej ¹⁾ <input type="checkbox"/> indywidualna praktyka pielęgniarstwa, położniczej wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾	NR AKT ²⁾	
	DATA PRZYJĘCIA ²⁾	
NAZWISKO.....	IMIONA.....	
Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z siedzibą w Olsztynie	Numer prawa wykonywania zawodu	
	Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarstwa i położniczego	
	PESEL	
	NIP	
	Numer w ewidencji działalności gospodarczej	
Oświadczenie: Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarstwa, położniczego są kompletne i zgodne z prawdą oraz, że znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie praktyki zgłoszonej we wniosku, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położniczego (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.). Miejscowość.....Data.....Czytelny podpis wnioskodawcy.....		
Adres zamieszkania (województwo, powiat, gmina, ulica, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)	
Adres (-y) miejsca wykonywania praktyki (miejsca przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) (województwo, powiat, gmina, ulica, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)	
Załączone dokumenty: ¹⁾ <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> opinia organu sanitarnego o spełnianiu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu świadczeń zdrowotnych (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) <input type="checkbox"/> zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.		
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY	

Część B ³⁾

- Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych świadczeń ¹⁾
- Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA ⁴⁾

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

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia ¹⁾

<input type="checkbox"/> DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY WŁASNOŚĆ	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA
	<input type="checkbox"/> INNY TYTUŁ PRAWNY

WYPOSAŻENIE POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA				
NAZWA		ILOŚĆ		
WYPOSAŻENIE PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ				
NAZWA	PRODUCENT	ROK PRODUKCJI	NUMER FABRYCZNY	NUMER ŚWIADECTWA ATESTACJI I DATA WAŻNOŚCI
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY			

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ	
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY	

1) zakreślić właściwy kwadrat

2) wypełnia organ rejestrowy

3) część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej

4) wypełnia pielęgniarka, położna wykonująca praktykę w gabinecie

5) wypełnia pielęgniarka, położna wykonująca praktykę wyłącznie w miejscu wezwania