

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

Część A

<input type="checkbox"/> grupowa praktyka pielęgniarek, położnych ¹⁾ <input type="checkbox"/> grupowa praktyka pielęgniarek, położnych wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾		NR AKT ²⁾		
		DATA PRZYJĘCIA ²⁾		
GRUPOWA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH FIRMA PRZEDSIĘBIORCY				
.....				
REPREZENTOWANA PRZEZ - NAZWISKO I IMIONA PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI				
UMOWA SPÓŁKI PRAWA CYWILNEGO z dnia				
ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH				
WOJEWÓDZTWO		POWIAT		GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU			KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	E-MAIL	
Oświadczenie:				
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.).				
Miejscowość.....data.....imię, nazwisko i funkcja.....				
Czytelny podpis przedstawiciela/przedstawicieli spółki.....				
LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ/PARTNERSKIEJ				
NR	NAZWISKO I IMIONA			
	Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych Regionu Warmii i Mazur z Siedzibą w Olsztynie 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 ³⁾		

NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek				Nr prawa wykonywania zawodu					
	Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych				Nr wpisu do					
	Regionu Warmii i Mazur				okręgowego					
	z Siedzibą w Olsztynie				rejestr					
	adres zamieszkania:				pielęgniarek					
	województwo.....				i położnych					
powiat.....gmina.....				PESEL						
ulica i nr domu/lokalu.....				NIP						
miejsowość.....kod pocztowy.....				Nr w ewidencji						
				działalności						
				gospodarczej ³⁾						
NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek				Nr prawa wykonywania zawodu					
	Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych				Nr wpisu do					
	Regionu Warmii i Mazur				okręgowego					
	z Siedzibą w Olsztynie				rejestr					
	adres zamieszkania:				pielęgniarek					
	województwo.....				i położnych					
powiat.....gmina.....				PESEL						
ulica i nr domu/lokalu.....				NIP						
miejsowość.....kod pocztowy.....				Nr w ewidencji						
				działalności						
				gospodarczej ³⁾						
NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek				Nr prawa wykonywania zawodu					
	Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych				Nr wpisu do					
	Regionu Warmii i Mazur				okręgowego					
	z Siedzibą w Olsztynie				rejestr					
	adres zamieszkania:				pielęgniarek					
	województwo.....				i położnych					
powiat.....gmina.....				PESEL						
ulica i nr				NIP						
domu/lokalu.....				Nr w ewidencji						
				działalności						
				gospodarczej ³⁾						
NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek				Nr prawa wykonywania zawodu					
	Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych				Nr wpisu do					
	Regionu Warmii i Mazur				okręgowego					
	z Siedzibą w Olsztynie				rejestr					
	adres zamieszkania:				pielęgniarek					
	województwo.....				i położnych					
powiat.....gmina.....				PESEL						
ulica i nr				NIP						
domu/lokalu.....				Nr w ewidencji						
				działalności						
				gospodarczej ³⁾						
DATA				CZYTELNY PODPIS PRZEDSTAWICIELA/PRZEDSTAWICIELI SPÓŁKI						

CZEŚĆ B⁴⁾
NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI

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

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

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia:

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

		NR AKT ²⁾			
		DATA PRZYJĘCIA ²⁾			
NAZWISKO I IMIONA					
POSIADANA SPECJALIZACJA					
POSIADANA SPECJALIZACJA					
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⁾					
ZAKRES I RODZAJ PRZEWDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH					
DATA			CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY		

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 DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁵⁾		
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

Wniosek zgodny z Rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 lutego 2009 r.
(Dz.U. z 2009 Nr 37 poz. 295)