

Cześć I

**Wniosek grupowej praktyki o wpis zmianę
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

(W przypadku składania wniosku o wpis zmian w rejestrze należy
wypełnić pozycje od 1 do 4 oraz te pozycje, które uległy zmianie)

Data wpłynięcia wniosku

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1. Numer księgi rejestrowej (w przypadku zmiany)	
2. Organ prowadzący rejestr <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kod izby nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych
3. Nazwa spółki	
4. Forma organizacyjno – prawna	
Spółka cywilna <input type="checkbox"/>	Spółka jawna <input type="checkbox"/> Spółka partnerska <input type="checkbox"/>
5. Reprezentowana przez	
Imię:	Nazwisko:
..... (nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes)	
6. Numer REGON	
7. Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców, (w przypadku spółki jawnej albo partnerskiej)	
8. Lista wspólników, partnerów (dane wspólników w II części wniosku)	
1. Imię	Nazwisko
2. Imię	Nazwisko
3. Imię	Nazwisko
4. Imię	Nazwisko
5. Imię	Nazwisko
6. Imię	Nazwisko
7. Imię	Nazwisko
8. Imię	Nazwisko
9. Imię	Nazwisko
10. Imię	Nazwisko

9. ADRES KORESPONDENCYJNY GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejsowość:	
..... Kod pocztowy	..... ..... Telefon	..... ..... Telefon 2/ Faks	..... ..... Telefon komórkowy
..... Adres poczty elektronicznej		..... ..... Adres strony internetowej	

10. Data rozpoczęcia działalności leczniczej

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

11. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej
(wypełnić tylko w sytuacji, gdy praktyka ma jedną polisę obejmującą wszystkich współników)

Zakres ubezpieczenia:			
Suma gwarancyjna:		Suma ubezpieczenia:	
Okres ubezpieczenia od dnia:		do dnia:	

12. Dane do akredytacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych

Data wydania certyfikacji:	Zakres akredytacji

Wykaz załączników

(na podstawie art.102. ust. 3. w powiązaniu z art. 100 ust. 4 z ustawy o działalności leczniczej)

1. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
2. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
3. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian.
4. Kopia opinii sanitarnej - należy dołączyć w przypadku praktyki w gabinecie.
5. Część II – dane współnika lub partnera spółki szt.
6. Część III –adresy miejsc udzielania świadczeń szt.

**WYCIĄG Z USTAWY Z 15 KWIETNIA 2011 R.
O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

Art. 107. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany **zglaszać organowi** prowadzącemu rejestr **wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.**

2. **W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie,** o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą **karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia** za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- **zapoznałem/am się z treścią przepisu art. 107 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), i zobowiązuje się do zgłaszania właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania pod rygorem możliwości nałożenia przez podmiot prowadzący rejestr kary pieniężnej w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.**
- **dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą,**
- **znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654).**

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

Część II

Nr kolejny na liście współników

**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"/> P	Pielęgniarka
			<input type="checkbox"/> A	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"/> P	Pielęgniarka
			<input type="checkbox"/> A	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"/> <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"/>

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