

**Wniosek grupowej praktyki o wykreślenie  
z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

Data wpłynięcia wniosku

--	--	--	--	--	--	--	--

**1. Numer księgi rejestrowej** .....

**2. Organ  
prowadzący  
rejestr**

--	--

kod izby

.....  
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych

**2. Forma organizacyjno – prawna spółki**

**Spółka cywilna**

**Spółka jawna**

**Spółka partnerska**

**4. Nazwa spółki** .....

**5. Reprezentowana przez**

**Imię:** ..... **Nazwisko:** .....

.....  
(nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes)

**6. Data zakończenia działalności leczniczej:**

--	--	--	--	--	--	--	--

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