

Część III do wniosku praktyki o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą, dotyczący:

- 1/ rozszerzenie praktyki o kolejne adresy,
- 2/ zmiany miejsca wykonywania praktyki

<input type="checkbox"/> Adres praktyki indywidualnej	<input type="checkbox"/> Adres praktyki grupowej		
..... imiona i nazwisko imiona i nazwisko wspólnika / partnera		
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 / Pielęgniarz <input type="checkbox"/> A - Położna/ Położny			
Kolejne adresy miejsc udzielanych świadczeń:			
Rodzaj działalności leczniczej:			
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne <input type="checkbox"/> Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne <input type="checkbox"/> Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu	<input type="checkbox"/> Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego 14 znakowy - numer REGON podmiotu: <small>(w przypadku podania 14 znakowego numeru REGON dane adresowe zostaną pobrane z elektronicznego rejestru – w takiej sytuacji informacji o danych adresowych nie wypełnia się)</small> Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:		
województwo:	powiat:		
gmina:	ulica:		
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... Kod pocztowy Telefon Telefon 2/ Faks Telefon komórkowy
..... Adres poczty elektronicznej	 Adres strony internetowej	
Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)			
Pielęgniacyjne <input type="checkbox"/> Lecznicze <input type="checkbox"/> Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/> Diagnostyczne <input type="checkbox"/> Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia <input type="checkbox"/> Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/> Inne <input type="checkbox"/>			