

**Wniosek indywidualnej 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

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

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. Imiona i nazwisko					
4. 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"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="padding: 2px;">P</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">A</td></tr></table> Pielęgniarka / Pielęgniarz Położna / Położny	P	A
P					
A					
5. Aktualnie wpisana w					
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych					
6. 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"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="padding: 2px;">P</td></tr><tr><td style="padding: 2px;">A</td></tr></table> Pielęgniarka / Pielęgniarz Położna / Położny	P	A
P					
A					
7. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej					
(jeżeli został nadany)					
8. 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"/>			
9. Adres do korespondencji:					
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="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
11. Data podjęcia działalności po okresie zawieszenia		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
12. Informacje o czasowym zawieszeniu działalności leczniczej		od	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
		do	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		

13. Rodzaj działalności leczniczej

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne

14. Rodzaj praktyki

- 93 -indywidualna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 94 -indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 95 -indywidualna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania
- 96 -indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa wyłącznie w miejscu wezwania
- 98 -indywidualna praktyka pielęgniarstwa
- 99 -indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa

15. 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"/>
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

16. Adres miejsca przyjmowania wezwań (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejsowość:	
..... Kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy

17. Adres miejsca przechowywania dokumentacji (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejsowość:	
..... Kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy

18. Adres miejsca udzielanych świadczeń:

Adres nr 1 (kolejne adresy w Części III)

Rodzaj działalności leczniczej:

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

14 znakowy - numer REGON podmiotu:
(w przypadku podania 14 znakowego numeru REGON dane adresowe zostaną pobrane z elektronicznego rejestru – w takiej sytuacji informacji o danych adresowych nie wypełnia się)

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	

19. Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych
(oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)

Pielęgnacyjne Lecznice Rehabilitacyjne Diagnostyczne
 Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia Medyczne czynności ratunkowe Inne

20. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

Zakres ubezpieczenia:

Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie		Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia	
Okres ubezpieczenia od dnia:		do dnia:	

21. 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. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
4. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian.
5. Kopia opinii sanitarnej - należy dołączyć w przypadku praktyki w gabinecie.
6. Część III – Kolejne adresy miejsc udzielania świadczeń.

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

Art. 107. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany **zgłaszać 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:

- 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).

Miejsce i data:		Imię i nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:
Podpis		