

Wniosek indywidualnej praktyki o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Data wpłynięcia wniosku

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

1. Numer księgi rejestrowej									
2. Organ prowadzący rejestr						nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych			
3. Imiona i nazwisko										
4. Numer prawa wykonywania zawodu								P	Pielęgniarka	
								A	Położna	
5. Aktualnie wpisana w									
	nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych									
6. Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych									P	Pielęgniarka
									A	Położna
7. Data zakończenia działalności leczniczej										

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