

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH

Część A

<input type="checkbox"/> grupowa praktyka pielęgniarek, położnych ¹⁾ <input type="checkbox"/> grupowa praktyka pielęgniarek, położnych wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾	NR AKT²⁾																																																																																																										
	DATA PRZYJĘCIA²⁾																																																																																																										
GRUPOWA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH																																																																																																											
FIRMA PRZEDSIĘBIORCY																																																																																																											
REPREZENTOWANA PRZEZ – NAZWISKO I IMIONA PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI																																																																																																											
UMOWA SPÓŁKI PRAWA CYWILNEGO z dnia																																																																																																											
ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH																																																																																																											
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA																																																																																																									
ULICA I NR DOMU / LOKALU		KOD POCZTOWY																																																																																																									
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS																																																																																																									
		E-MAIL																																																																																																									
Oświadczenie: Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych są kompletne i zgodne z prawdą oraz znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 z późn. zm.). Miejscowość Data Imię, nazwisko i funkcja..... Czytelny podpis przedstawiciela/przedstawicieli spółki																																																																																																											
LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ/PARTNERSKIEJ																																																																																																											
NR	NAZWISKO I IMIONA																																																																																																										
	Członek Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w Krakowie adres zamieszkania: województwo powiat gmina..... ulica i nr domu/lokalu miejscowość kod pocztowy	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">Numer prawa wykonywania zawodu</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">PESEL</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">NIP</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> <tr> <td style="background-color: #cccccc;">Numer w ewidencji działalności gospodarczej³⁾</td> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>	Numer prawa wykonywania zawodu																					Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych																					PESEL																					NIP																					Numer w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾																				
Numer prawa wykonywania zawodu																																																																																																											
Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych																																																																																																											
PESEL																																																																																																											
NIP																																																																																																											
Numer w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾																																																																																																											

NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w Krakowie					Numer prawa wykonywania zawodu				
adres zamieszkania:					Numer wpisu do okręgowego rejstru pielęgniarek i położnych					
województwo					PESEL					
powiat gmina.....					NIP					
ulica i nr domu/lokalu					Numer w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾					
miejscowość kod pocztowy										
NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w Krakowie					Numer prawa wykonywania zawodu				
adres zamieszkania:					Numer wpisu do okręgowego rejstru pielęgniarek i położnych					
województwo					PESEL					
powiat gmina.....					NIP					
ulica i nr domu/lokalu					Numer w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾					
miejscowość kod pocztowy										
NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w Krakowie					Numer prawa wykonywania zawodu				
adres zamieszkania:					Numer wpisu do okręgowego rejstru pielęgniarek i położnych					
województwo					PESEL					
powiat gmina.....					NIP					
ulica i nr domu/lokalu					Numer w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾					
miejscowość kod pocztowy										
NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w Krakowie					Numer prawa wykonywania zawodu				
adres zamieszkania:					Numer wpisu do okręgowego rejstru pielęgniarek i położnych					
województwo					PESEL					
powiat gmina.....					NIP					
ulica i nr domu/lokalu					Numer w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾					
miejscowość kod pocztowy										
DATA					CZYTELNY PODPIS PRZEDSTAWICIELA/PRZEDSTAWICIELI SPÓŁKI					
.....									

Część B⁴⁾
NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI

- Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w urządzenia, sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych przez wspólnika świadczeń zdrowotnych¹⁾
- Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania¹⁾

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia:

- dokument potwierdzający własność** **umowa użyczenia**
- umowa najmu** **inny tytuł prawny**
- umowa podnajmu**

		NR AKT²⁾		
		DATA PRZYJĘCIA²⁾		
NAZWISKO I IMIONA				
POSIADANA SPECJALIZACJA				
POSIADANA SPECJALIZACJA				
ADRES MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI				
WOJEWÓDZTWO		POWIAT		GMINA
ULICA I NR DOMU / LOKALU			KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS		E-MAIL
POWIERZCHNIA m ²	INSTALACJA ZAKRYTA			
	<input type="checkbox"/> wodociągowa ¹⁾	<input type="checkbox"/> kanalizacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> grzewcza ¹⁾	<input type="checkbox"/> wentylacyjna ¹⁾
<input type="checkbox"/> dostęp dla osób niepełnosprawnych ¹⁾		<input type="checkbox"/> poczekalnia dla pacjentów ¹⁾		
<input type="checkbox"/> dostęp do WC dla pacjentów ¹⁾		<input type="checkbox"/> zabezpieczenie składowania brudnej bielizny ¹⁾		
<input type="checkbox"/> zabezpieczenie odpadów medycznych ¹⁾				
ZAKRES I RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH				
DATA		CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY		

WYPOSAŻENIE POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA

NAZWA	ILOŚĆ

WYPOSAŻENIE PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

NAZWA	PRODUCENT	ROK PRODUKCJI	NUMER FABRYCZNY	NUMER ŚWIADECTWA ATESTACJI I DATA WAŻNOŚCI

DATA**CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY**

.....

.....

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ		SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY	
.....	

Załączone dokumenty:

- Umowa spółki cywilnej
- Dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczeń, w których będzie wykonywana grupowa praktyka egz.
- Opinia organu sanitarnego o spełnianiu warunków umożliwiających udzielanie w danych pomieszczeniach świadczeń zdrowotnych egz.
- Dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczeń i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) egz.
- Zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej egz. lub odpis KRS
- Zaświadczenia o posiadanych specjalizacjach egz.

¹⁾ Zakreślić właściwy kwadrat.

²⁾ Wypełnia organ rejestrowy.

³⁾ Nie dotyczy spółki partnerskiej.

⁴⁾ Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana grupowa praktyka pielęgniarek i położnych.

⁵⁾ Wypełnia wnioskodawca w odniesieniu do pielęgniarki, położnej współnika spółki, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania.