

Część B³⁾

- Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych świadczeń¹⁾
- Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania¹⁾

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

		NR AKT²⁾			
		DATA PRZYJĘCIA²⁾			
NAZWISKO I IMIONA					
ADRES MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI					
WOJEWÓDZTWO		POWIAT		GMINA	
ULICA I NR DOMU / LOKALU			KOD POCZTOWY		
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	E-MAIL		
POWIERZCHNIA	INSTALACJA ZAKRYTA				
..... m ²	<input type="checkbox"/> wodociągowa ¹⁾	<input type="checkbox"/> kanalizacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> grzewcza ¹⁾	<input type="checkbox"/> wentylacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> elektryczna 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⁾					
RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH					
DATA		CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY			
.....				

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ		SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY	
.....	

¹⁾ Zakreślić właściwy kwadrat.

²⁾ Wypełnia organ rejestrowy.

³⁾ Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, położnej.

⁴⁾ Wypełnia pielęgniarka, położna wykonująca praktykę wyłącznie w miejscu wezwania.