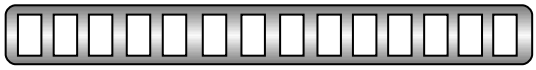
**Wniosek o wpis do rejestru, zmianę wpisu do rejestru albo wykreślenie z rejestru praktyki zawodowej pielęgniarki / położnej**

| | | |
|---|---|---|
| **Rejestr Praktyk Zawodowych** | | |
| **Rodzaj wniosku** : **wpis do rejestru *** **zmiana wpisu do rejestru *** **wykreślenie z rejestru ***<br>***niepotrzebne skreślić** | | |
| **Numer księgi rejestrowej :** | | |
| **Oznaczenie organu prowadzącego rejestr - P 36** | | |
| **1.** | **Imię i nazwisko oraz tytuł zawodowy** | ……<br>……<br>…… |
| **2.** | **Numer wpisu do rejestru okręgowej izby** | |
| **3.** | **Numer prawa wykonywania zawodu** | |
| **4.** | **Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej**<br>( jeżeli został nadany ) | |
| **5.** | **Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP)** | |
| **6.** | **Adres do korespondencji wraz z <u>nr telefonu</u>, <u>adres poczty elektronicznej,</u> adres strony internetowej** | adres: ……<br>……<br>……<br>powiat: ……<br>gmina: ……<br>telefon: ……<br>e-mail: ……<br>www : …… |
| **7.** | **Posiadane specjalizacje**<br>( w przypadku specjalistycznej praktyki ) | |
| **8.** | **Data rozpoczęcia działalności leczniczej** | |
| **9.** | **Okres zawieszenia działalności leczniczej** | |
| **10.** | **Data wznowienia działalności leczniczej** | |
| **11.** | **Dane dotyczące akredytacji** | |
| | Data wydania certyfikatu | |
| | Zakres akredytacji | |
| **12.** | **Informacje o ubezpieczeniu odpowiedzialności cywilnej(**zgodnie z art. 25.3 ustawy o działalności leczniczej – nie później niż w terminie 7 dni od zawarcia umowy OC, przekazać organowi prowadzącemu rejestr ) | |
| | Okres ubezpieczenia ( od ... do ) | |
| | Zakres ubezpieczenia | |
| | Suma gwarancyjna | |
| **13.** | **Data zakończenia działalności leczniczej** | |
| **14.** | **Określenie miejsca wykonywania świadczeń:** | |

| I | ***Pierwsze miejsce*** | |
|---|---|---|
| | **Kod rodzaju praktyki zawodowej:** | ☐ - 93 : Indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego<br>☐ - 94 : Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego<br>☐ - 95 : Indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w miejscu wezwania<br>☐ - 96 : Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w miejscu wezwania<br>☐ - 98 : Indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza<br>☐ - 99 : Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska/położnicza |
| | **Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, wraz z numerem telefonu i adresem poczty elektronicznej** | adres: ……<br>……<br>……<br>powiat: ……<br>gmina: ……<br>telefon: ……<br>e-mail: …… |
| | **Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego**<br>( w przypadku świadczeń w podmiocie leczniczym )<br><br>**Regon** (14-to cyfrowy): | ……<br>……<br>……<br>☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ |
| | **Rodzaj działalności leczniczej:** | ☐ - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne<br>☐ - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne<br>☐ - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne |
| | **Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych**<br>*Pielęgnacyjnych:*<br>*Diagnostycznych:*<br>*Leczniczych:*<br>*Rehabilitacyjnych:*<br>*Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia:*<br>*Medycznych czynności ratunkowych:*<br>*Inne:* | |

| II | ***Drugie miejsce*** | |
|---|---|---|
| | **Kod rodzaju praktyki zawodowej:** | ☐ - 93 : Indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego<br>☐ - 94 : Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego<br>☐ - 95 : Indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w miejscu wezwania<br>☐ - 96 : Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w miejscu wezwania<br>☐ - 98 : Indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza<br>☐ - 99 : Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska/położnicza |
| | **Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, wraz z numerem telefonu i adresem poczty elektronicznej** | adres: .....<br>.....<br>.....<br>powiat: .....<br>gmina: .....<br>telefon: .....<br>e-mail: ..... |
| | **Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego**<br>( w przypadku świadczeń w podmiocie leczniczym )<br><br>**Regon** (14-to cyfrowy): | .....<br>.....<br>.....<br>☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ |
| | **Rodzaj działalności leczniczej:** | ☐ - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne<br>☐ - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne<br>☐ - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne |
| | **Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych**<br>*Pielęgnacyjnych:*<br>*Diagnostycznych:*<br>*Leczniczych:*<br>*Rehabilitacyjnych:*<br>*Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia:*<br>*Medycznych czynności ratunkowych:*<br>*Inne:* | |

| III | ***Trzecie miejsce*** | |
|---|---|---|
| | **Kod rodzaju praktyki zawodowej:** | ☐ - 93 : Indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego<br>☐ - 94 : Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego<br>☐ - 95 : Indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w miejscu wezwania<br>☐ - 96 : Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska/położnicza wyłącznie w miejscu wezwania<br>☐ - 98 : Indywidualna praktyka pielęgniarska/położnicza<br>☐ - 99 : Indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarska/położnicza |
| | **Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych lub miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej, wraz z numerem telefonu i adresem poczty elektronicznej** | adres: .....<br>.....<br>.....<br>powiat: .....<br>gmina: .....<br>telefon: .....<br>e-mail: ..... |
| | **Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego**<br>( w przypadku świadczeń w podmiocie leczniczym )<br><br>**Regon** (14-to cyfrowy): | .....<br>.....<br>.....<br>  |
| | **Rodzaj działalności leczniczej:** | ☐ - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne<br>☐ - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne<br>☐ - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne |
| | **Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych**<br>*Pielęgnacyjnych:*<br>*Diagnostycznych:*<br>*Leczniczych:*<br>*Rehabilitacyjnych:*<br>*Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia:*<br>*Medycznych czynności ratunkowych:*<br>*Inne:* | |

.....

**data i podpis wnioskodawcy**

**Załączniki:**

1. Oświadczenie
2. Zaświadczenie o zatrudnieniu + płaceniu składek (w przypadku wpisu do rejestru)
3. Opinia sanepidu (w przypadku własnego gabinetu)
4. Oryginał wydanego zaświadczenia (w przypadku zmiany i wykreślenia)