

Część II

Wniosku grupowej praktyki o wpis zmianę
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Dane wspólnika lub partnera grupowej praktyki

1. 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"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	Pielęgniarka Położna
2. Imiona i nazwisko			
3. Aktualnie wpisana w			
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych			
4. 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"/> P <input type="checkbox"/> A	Pielęgniarka Położna
5. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej			
6. 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
7. Adres korespondencji wspólnika, partnera grupowej praktyki:			
województwo:		powiat:	
ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> kod pocztowy	..... miejscowość:		
..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy	
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	
8. Posiadane specjalizacje			

9. Rodzaj praktyki

- 95 - praktyka pielęgniarstwa, położonej wyłącznie w miejscu wezwania
 96 - specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa, położonej wyłącznie w miejscu wezwania
 98 - praktyka pielęgniarstwa, położonej w gabinecie
 99 - specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa w gabinecie

10. Dziedzina/y medycyny wykonywana w specjalistycznej praktyce:

11. Adres miejsca przyjmowania wezwań: (w przypadku praktyki w miejscu wezwania)

województwo:		powiat:	
ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kod pocztowy		..... miejscowość:	
..... Telefon		..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	

12. Adresy miejsc przechowywania:

- dokumentacji
 narzędzi
 produktów leczniczych,
 sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji

województwo:		powiat:	
ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:
<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> kod pocztowy		..... miejscowość:	
..... Telefon		..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	

13. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

Zakres ubezpieczenia:			
Suma gwarancyjna:	<input type="text"/>	Suma ubezpieczenia:	<input type="text"/>
Okres ubezpieczenia od dnia:	<input type="text"/>	do dnia:	<input type="text"/>

14. Data rozpoczęcia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki

15. Informacja o podjęciu działalności leczniczej po okresie zawieszenia

16. Informacje o czasowym zawieszeniu działalności leczniczej od

do

17. Data zakończenia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki