Wniosek grupowej praktyki o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Data wpłynięcia wniosku ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

1. **numer księgi rejestrowej**……..…….……

2. Forma organizacyjno–prawna spółki

Spółka cywilna ☐ **Spółka jawna** ☐ **Spółka partnerska** ☐

3. organ prowadzący rejestr ☐☐ **kod izby** ……... nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych

4. Imiona i nazwisko (nazwa praktyki) ……..

5. Numer prawa wykonywania zawodu ☐☐☐☐☐☐☐ P **Pielęgniarka** A **Położna**

6. Przewidywana data zakończenia działalności leczniczej: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

7. Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po wykreśleniu z rejestru

województwo:	powiat:	
ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:
☐☐ – ☐☐☐ kod pocztowy	…….. miejscowość:	
……..…… Telefon	……..…….…. Telefon 2/ Faks	……..……..…… Telefon komórkowy
…… adres poczty elektronicznej	……..…… adres strony internetowej	

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654)

Data:		Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie: ……
Podpis		