

Wniosek o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

	Rodzaj wpisu	Wpis do rejestru <input type="checkbox"/>	Zmiana wpisu do rejestru <input type="checkbox"/>	Wykreślenie z rejestru <input type="checkbox"/>
Oznaczenie organu prowadzącego rejestr		1	0	P
Numer księgi rejestrowej		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Imię nazwisko			Tytuł zawodowy	
			pielęgniarka <input type="checkbox"/> położna <input type="checkbox"/>	
Nr wpisu do rejestru okręgowej izby pielęgniarów i położnych			Nr prawa wykonywania zawodu	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
Aktualnie wpisana (podać przynależność do Okręgowej Izby)			Numer identyfikacji podatkowej (NIP)	
.....			<input type="text"/>	
Adres do korespondencji				
Identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego dla adresu do korespondencji:				<input type="text"/>
miejsowość:.....kod:..... ul.....nr domunr lokalu.....				
nr. skr. poczt...../oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa.....				
Tel:.....adres e-mail:.....adres www:.....				
Data rozpoczęcia działalności leczniczej			Data podjęcia działalności leczniczej po upływie okresu zawieszenia	
.....			
Okres zawieszenia działalności leczniczej			Data wykreślenia działalności leczniczej	
od.....do.....			
Miejsce Przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej				
.....				
Kod rodzaju praktyki zawodowej - (zakreślić odpowiedni kwadrat)				
<input type="checkbox"/> 93 – indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego				
<input type="checkbox"/> 94 – indywidualna specjalistyczna praktyka/położnej pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego				
<input type="checkbox"/> 95 - indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania				
<input type="checkbox"/> 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej wyłącznie w miejscu wezwania				
<input type="checkbox"/> 98 – indywidualna praktyka pielęgniarki/położnej				
<input type="checkbox"/> 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki/położnej				
Wskazanie dziedziny medycyny w przypadku specjalistycznej praktyki pielęgniarki/położnej.....				
kod 98, 99 - Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych				
Identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych			Identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych	
<input type="text"/>			<input type="text"/>	
miejsowość:.....kod:..... ul.....			miejsowość:.....kod:..... ul.....	
nr domunr lokalu..... tel.....			nr domunr lokalu..... tel.....	
nr. skr. poczt...../oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa.....			nr. skr. poczt...../oznaczenie placówki operatora pocztowego, w której jest udostępniona skrytka pocztowa.....	
Rodzaj działalności leczniczej:			Rodzaj działalności leczniczej:	
<input type="checkbox"/> - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne			<input type="checkbox"/> - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne	
<input type="checkbox"/> - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne			<input type="checkbox"/> - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne	
<input type="checkbox"/> - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne			<input type="checkbox"/> - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne	
Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć odpowiednie kwadraty)			Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć odpowiednie kwadraty)	
Pielęgnacyjne <input type="checkbox"/> Lecznicze <input type="checkbox"/> Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/> Diagnostyczne <input type="checkbox"/>			Pielęgnacyjne <input type="checkbox"/> Lecznicze <input type="checkbox"/> Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/> Diagnostyczne <input type="checkbox"/>	
Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia <input type="checkbox"/> Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/>			Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia <input type="checkbox"/> Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/>	
Inne <input type="checkbox"/>			Inne <input type="checkbox"/>	
informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:			informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:	
Data wydania certyfikatu/akredytacji.....			Data wydania certyfikatu/akredytacji.....	
Zakres akredytacji/ certyfikacji			Zakres akredytacji/ certyfikacji	

Identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

miejsowość:.....kod:..... ul.....
nr domunr lokalu..... tel.....
nr. skr. poczt...../oznaczenie placówki operatora pocztowego ,
w której jest udostępniona skrytka pocztowa.....

Rodzaj działalności leczniczej:

- Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne
 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne
 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć odpowiednie kwadraty)

Pielęgnacyjne Lecznicze Rehabilitacyjne Diagnostyczne
Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia Medyczne czynności ratunkowe
Inne

informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:

Data wydania certyfikatu/akredytacji.....
Zakres akredytacji/ certyfikacji

Identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

miejsowość:.....kod:..... ul.....
nr domunr lokalu..... tel.....
nr. skr. poczt...../oznaczenie placówki operatora pocztowego ,
w której jest udostępniona skrytka pocztowa.....

Rodzaj działalności leczniczej:

- Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne
 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne
 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć odpowiednie kwadraty)

Pielęgnacyjne Lecznicze Rehabilitacyjne Diagnostyczne
Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia Medyczne czynności ratunkowe
Inne

informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:

Data wydania certyfikatu/akredytacji.....
Zakres akredytacji/ certyfikacji

kod 93, 94 - Adres podmiotu leczniczego (w przypadku indywidualnej praktyki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego)

Nazwa przedsiębiorcy.....

Identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

miejsowość:.....kod:..... ul.....
nr domunr lokalu..... tel.....
nr. skr. poczt...../oznaczenie placówki operatora pocztowego ,
w której jest udostępniona skrytka pocztowa.....

Rodzaj działalności leczniczej:

- Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne
 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne
 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć odpowiednie kwadraty)

Pielęgnacyjne Lecznicze Rehabilitacyjne Diagnostyczne
Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia Medyczne czynności ratunkowe
Inne

informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:

Data wydania certyfikatu/akredytacji.....
Zakres akredytacji/ certyfikacji

Nazwa przedsiębiorcy.....

Identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

miejsowość:.....kod:..... ul.....
nr domunr lokalu..... tel.....
nr. skr. poczt...../oznaczenie placówki operatora pocztowego ,
w której jest udostępniona skrytka pocztowa.....

Rodzaj działalności leczniczej:

- Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne
 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne
 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć odpowiednie kwadraty)

Pielęgnacyjne Lecznicze Rehabilitacyjne Diagnostyczne
Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia Medyczne czynności ratunkowe
Inne

informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:

Data wydania certyfikatu/akredytacji.....
Zakres akredytacji/ certyfikacji

Nazwa przedsiębiorcy.....

Identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

miejsowość:.....kod:..... ul.....
nr domunr lokalu..... tel.....
nr. skr. poczt...../oznaczenie placówki operatora pocztowego ,
w której jest udostępniona skrytka pocztowa.....

Rodzaj działalności leczniczej:

- Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne
 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne
 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć odpowiednie kwadraty)

Pielęgnacyjne Lecznicze Rehabilitacyjne Diagnostyczne
Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia Medyczne czynności ratunkowe
Inne

informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:

Data wydania certyfikatu/akredytacji.....
Zakres akredytacji/ certyfikacji

Nazwa przedsiębiorcy.....

Identyfikator terytorialny dla jednostki podziału terytorialnego, w której znajduje się miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

miejsowość:.....kod:..... ul.....
nr domunr lokalu..... tel.....
nr. skr. poczt...../oznaczenie placówki operatora pocztowego ,
w której jest udostępniona skrytka pocztowa.....

Rodzaj działalności leczniczej:

- Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne
 - Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne
 - Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

Zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (zaznaczyć odpowiednie kwadraty)

Pielęgnacyjne Lecznicze Rehabilitacyjne Diagnostyczne
Edukacja zdrowotna i promocja zdrowia Medyczne czynności ratunkowe
Inne

informacje dotyczące akredytacji lub certyfikacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych:

Data wydania certyfikatu/akredytacji.....
Zakres akredytacji/ certyfikacji

