

Cześć I

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

(W przypadku składania wniosku o wpis zmian w rejestrze należy wypełnić pozycje od 1 do 4 oraz te pozycje, które uległy zmianie)

Data wpłynięcia wniosku

1. numer księgi rejestrowej (w przypadku zmiany)			
2. organ			
Prowadzący rejestr	P -	<input type="text" value="1"/> <input type="text" value="4"/> nazwa okręgowej rady pielęgniarek i położnych
3. Nazwa spółki			
4. Forma organizacyjno-prawna			
Spółka cywilna	<input type="checkbox"/>	Spółka jawna	<input type="checkbox"/>
		Spółka partnerska	<input type="checkbox"/>
5. Reprezentowana przez			
Imię:		Nazwisko:	
(nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes)			
6. numer REGON			
7. numer wpisu do rejestru przedsiębiorców, (w przypadku spółki jawnej albo partnerskiej)			
8. Lista wspólników, partnerów (dane wspólników w II części wniosku)			
1. Imię	Nazwisko		
2. Imię	Nazwisko		
3. Imię	Nazwisko		
4. Imię	Nazwisko		
5. Imię	Nazwisko		
6. Imię	Nazwisko		
7. Imię	Nazwisko		
8. Imię	Nazwisko		
9. Imię	Nazwisko		
10. Imię	Nazwisko		
9. ADRES KORESPONDENCYJNY GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH			
województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	

10. Data rozpoczęcia działalności leczniczej

□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---

11. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

(wypełnić tylko w sytuacji, gdy praktyka ma jedną polisę obejmującą wszystkich współników)

Zakres ubezpieczenia:			
Suma gwarancyjna:		Suma ubezpieczenia:	
Okres ubezpieczenia od dnia:		do dnia:	

12. Dane do akredytacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych

..... Data wydania certyfikacji:	Zakres akredytacji
-------------------------------------	-----------------------------------

Wykaz załączników

(na podstawie art. 102. ust. 3. w powiązaniu z art. 100 ust. 4 z ustawy o działalności leczniczej)

1. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
2. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
3. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
4. Kopia opinii sanitarnej - należy dołączyć w przypadku praktyki w gabinecie.
5. Część II – dane współnika lub partnera spółki szt.
6. Część III – adresy miejsc udzielania świadczeń szt.

WYCIĄG Z USTAWY Z 15 KWIETNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Art. 107. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany **zgłaszać organowi** prowadzącemu rejestr **wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania.**

2. **W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie,** o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą **karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia** za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- zapoznałem/am się z treścią przepisu art. 107 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), i zobowiązuje się do zgłaszania właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania pod rygorem możliwości nałożenia przez podmiot prowadzący rejestr kary pieniężnej w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.
- 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:	.....

Do wniosku grupowej praktyki o wpis zmianę
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Dane współnika 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"/> <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"/>			
7. Adres zamieszkania współnika, partnera grupowej praktyki:			
województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
.....
kod pocztowy	Telefon	Telefon 2/ Faks	Telefon komórkowy
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	
8. Rodzaj praktyki			
<input type="checkbox"/> 95 - praktyka pielęgniarstwa, położniczej wyłącznie w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> 96 - specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa, położniczej wyłącznie w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> 98 - praktyka pielęgniarstwa, położniczej w gabinecie <input type="checkbox"/> 99 - specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa w gabinecie			
9. Informacje o specjalizacjach. W przypadku prowadzenia praktyki specjalistycznej należy wpisać:			
Posiadane specjalizacje			W tej dziedzinie będzie wykonywana praktyka?
			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>
			TAK <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/>

10. Adres miejsca przyjmowania wezwań: (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy

11. Adresy miejsc przechowywania dokumentacji (dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy

12. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

(wypełnić tylko w sytuacji, gdy każdy ze współników posiada indywidualne ubezpieczenie)

Zakres ubezpieczenia:			
.....			
Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie		Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia	
Okres ubezpieczenia od dnia:		do dnia:	

13. Data rozpoczęcia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki
14. Data podjęcia działalności po okresie zawieszenia
15. Informacje o czasowym zawieszeniu działalności leczniczej od
do
16. Data zakończenia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki

.....
Podpis współnika / partnera praktyki

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

<input type="checkbox"/> Adres praktyki indywidualnej		<input type="checkbox"/> Adres praktyki grupowej	
..... imiona i nazwisko		..... imiona i nazwisko wspólnika / partnera	
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 - Pielęgniarka / Pielęgniarz <input type="checkbox"/> A - Położna / Położny	
Kolejne adresy miejsc udzielanych świadczeń:			
Rodzaj działalności leczniczej:			
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne <input type="checkbox"/>		Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne <input type="checkbox"/>	
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne <input type="checkbox"/>			
<input type="checkbox"/> Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu	<input type="checkbox"/> Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego 14 znakowy - numer REGON podmiotu: (w przypadku podania 14 znakowego numeru REGON dane adresowe zostaną pobrane z elektronicznego rejestru – w takiej sytuacji informacji o danych adresowych nie wypełnia się) Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:		
województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejsowość:	
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	
Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)			
Pielęgniacyjne <input type="checkbox"/>	Lecnicze <input type="checkbox"/>	Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/>	Diagnostyczne <input type="checkbox"/>
Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia <input type="checkbox"/>	Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/>	