Wniosek grupowej praktyki o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Data wpłynięcia wniosku ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

1. **numer księgi rejestrowej**…….....…….……
2. organ prowadzący rejestr 1 4 ……....   **kod izby** nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych
2. Forma organizacyjno–prawna spółki   **Spółka cywilna** ☐ **Spółka jawna** ☐ **Spółka partnerska** ☐
4. Nazwa spółki …….…….……   …….
5. Reprezentowana przez   **Imię:** …… **Nazwisko:** ……...……   ……   (nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes)
6. Data zakończenia działalności leczniczej: ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

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