

**Wniosek indywidualnej praktyki o wykreślenie
z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

Data wpłynięcia wniosku

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1. numer księgi rejestrowej.....															
2. organ prowadzący rejestr	<table border="1"><tr><td><input type="text" value="1"/></td><td><input type="text" value="4"/></td></tr></table> nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych	<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="4"/>												
<input type="text" value="1"/>	<input type="text" value="4"/>														
3. Imiona i nazwisko															
4. Numer prawa wykonywania zawodu	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> <table border="1"><tr><td><input type="text" value="P"/></td><td>Pielęgniarka</td></tr><tr><td><input type="text" value="A"/></td><td>Położna</td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="P"/>	Pielęgniarka	<input type="text" value="A"/>	Położna		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								
<input type="text" value="P"/>	Pielęgniarka														
<input type="text" value="A"/>	Położna														
5. Aktualnie wpisana w nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych														
6. Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table> <table border="1"><tr><td><input type="text" value="P"/></td><td>Pielęgniarka</td></tr><tr><td><input type="text" value="A"/></td><td>Położna</td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="P"/>	Pielęgniarka	<input type="text" value="A"/>	Położna
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="text" value="P"/>	Pielęgniarka														
<input type="text" value="A"/>	Położna														
7. Data zakończenia działalności leczniczej	<table border="1"><tr><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td></tr></table>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>						
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>								

Data:	<input type="text"/>	Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:
Podpis	<input type="text"/>	