

# Wniosek indywidualnej 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	P-	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 4	.....
rejestr		<b>kod izby</b>	<b>nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych</b>
3. Imiona i nazwisko .....			
4. 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	<b>Pielęgniarka / Pielęgniarz</b>
		<input type="checkbox"/> A	<b>Położna / Położny</b>
5. Aktualnie wpisana w .....			
			<b>nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych</b>
6. 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"/> P	<b>Pielęgniarka / Pielęgniarz</b>
		<input type="checkbox"/> A	<b>Położna / Położny</b>
7. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....			
(jeżeli został nadany)			
8. 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"/>		
9. Adres do korespondencji:			
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	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
11. Data podjęcia działalności po okresie zawieszenia	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
12 Informacje o czasowym zawieszeniu Działalności leczniczej	od	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
	do	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

**13. Rodzaj działalności leczniczej**

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

**14. Rodzaj praktyki**

- 93 - indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- 95 - indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania
- 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania
- 98 - indywidualna praktyka pielęgniarki
- 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki

**15. 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"/>
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>
	TAK <input type="checkbox"/>	NIE <input type="checkbox"/>

**16. 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

**17. Adres miejsca 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

**18. Adres miejsca udzielanych świadczeń:**

Adres nr 1 (kolejne adresy w załączniku III)

Rodzaj działalności leczniczej:

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne  Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne   
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne  Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego14 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:	miejscowość:	
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	

**19. Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych**

(oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)

Pielęgnacyjne  Lecznicze  Rehabilitacyjne  Diagnostyczne   
Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia  Medyczne czynności ratunkowe  Inne **20. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej**

Zakres ubezpieczenia:

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

**21. 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. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
4. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
5. Kopia opinii sanitarnej - należy dołączyć w przypadku praktyki w gabinecie.
6. Załącznik III – Kolejne 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:	.....	