

.....
-------	-------

Część B ³⁾

- Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych świadczeń ¹⁾
- Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA⁴⁾

		NR AKT ²⁾			
		DATA PRZYJĘCIA ²⁾			
NAZWISKO I IMIONA					
ADRES MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI					
WOJEWÓDZTWO		POWIAT		GMINA	
ULICA I NR DOMU/LOKALU			KOD POCZTOWY		
MIEJSCOWOŚĆ		TELEFON	FAKS		E-MAIL
POWIERZCHNIAM ²	INSTALACJA ZAKRYTA				
	<input type="checkbox"/> wodociągowa ¹⁾	<input type="checkbox"/> kanalizacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> grzewcza ¹⁾	<input type="checkbox"/> wentylacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> elektryczna ¹⁾
<input type="checkbox"/> dostęp dla osób niepełnosprawnych ¹⁾			<input type="checkbox"/> poczekalnia dla pacjentów ¹⁾		
<input type="checkbox"/> dostęp do WC dla pacjentów ¹⁾			<input type="checkbox"/> zabezpieczenie składowania brudnej bielizny ¹⁾		
<input type="checkbox"/> zabezpieczenie odpadów medycznych ¹⁾					
RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH					
DATA			CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY		

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia ¹⁾

<input type="checkbox"/> DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY WŁASNOŚĆ	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA
	<input type="checkbox"/> INNY TYTUŁ PRAWNY

WYPOSAŻENIE POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA				
NAZWA	ILOŚĆ			
WYPOSAŻENIE PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ				
NAZWA	PRODUCENT	ROK PRODUKCJI	NUMER FABRYCZNY	NUMER ŚWIADECTWA ATESTACJI I DATA WAŻNOŚCI
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY			

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ		SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
DATA		CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

1) zakreślić właściwy kwadrat

2) wypełnia organ rejestrowy

3) część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej

4) wypełnia pielęgniarka, położna wykonująca praktykę w gabinecie

5) wypełnia pielęgniarka, położna wykonująca praktykę wyłącznie w miejscu wezwania