

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU  
INDYWIDUALNYCH SPECJALISTYCZNYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK,  
POŁOŻNYCH**

**Część A**

<input type="checkbox"/> indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, położnej <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, położnej wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania <sup>1)</sup>	NR AKT <sup>2)</sup>	
	DATA PRZYJĘCIA <sup>2)</sup>	
<b>NAZWISKO</b> .....	<b>IMIONA</b> .....	
Członek ..... (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w .....	Numer prawa wykonywania zawodu	
	Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych	
	PESEL	
	NIP	
	Numer w ewidencji działalności gospodarczej	
<b>Posiadana specjalizacja w dziedzinie</b> .....		
<b>Oświadczenie:</b> Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych są kompletne i zgodne z prawdą oraz, że znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie praktyki zgłoszonej we wniosku, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.) Miejscowość.....Data..... Czytelny podpis wnioskodawcy.....		
<b>Adres zamieszkania</b>	..... ..... ..... (województwo, powiat, gmina, ulica, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)	
Adres (-y) miejsca wykonywania praktyki (miejsca przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego)	..... ..... ..... (województwo, powiat, gmina, ulica, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)	
<b>Załączone dokumenty:</b> <sup>1)</sup> <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> opinia organu sanitarnego o spełnianiu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu świadczeń zdrowotnych (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności ( dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) <input type="checkbox"/> zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.		
<b>DATA</b> .....	<b>CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY</b> .....	

### Część B <sup>3)</sup>

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

#### WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

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

### Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia <sup>1)</sup>

<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			

<b>MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ <sup>4)</sup></b>		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ	
<b>ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH <sup>4)</sup></b>		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
<b>ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO <sup>4)</sup></b>		
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 specjalistyczna praktyka pielęgniarki, położnej

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