

**Wniosek grupowej 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		Prowadzący P - <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> <b>Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie</b>	
rejestr		kod izby nazwa okręgowej rady pielęgniarek i położnych	
3. Nazwa spółki .....			
4. Forma organizacyjno-prawna			
Spółka cywilna <input type="checkbox"/>		Spółka jawna <input type="checkbox"/> Spółka partnerska <input type="checkbox"/>	
5. Reprezentowana przez			
Imię: .....		Nazwisko: .....	
(nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes)			
6. numer REGON .....			
7. numer wpisu do rejestru przedsiębiorców, (w przypadku spółki jawnej albo partnerskiej) .....			
8. Lista wspólników, partnerów (dane wspólników w II części wniosku)			
1. Imię .....		Nazwisko .....	
2. Imię .....		Nazwisko .....	
3. Imię .....		Nazwisko .....	
4. Imię .....		Nazwisko .....	
5. Imię .....		Nazwisko .....	
6. Imię .....		Nazwisko .....	
7. Imię .....		Nazwisko .....	
8. Imię .....		Nazwisko .....	
9. Imię .....		Nazwisko .....	
10. Imię .....		Nazwisko .....	
9. ADRES KORESPONDENCYJNY GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH			
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**

--	--	--	--	--	--	--	--

**11. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej**

(wypełnić tylko w sytuacji, gdy praktyka ma jedną polisę obejmującą wszystkich współników)

Zakres ubezpieczenia:

Suma gwarancyjna:

Suma ubezpieczenia:

Okres ubezpieczenia od dnia:

do dnia:

**12. Dane do akredytacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych**

	Zakres akredytacji .....
<b>Data wydania certyfikacji:</b>	.....

**Wykaz załączników**

(na podstawie art.102. ust. 3. w powiązaniu z art. 100 ust. 4 z ustawy o działalności leczniczej)

1. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
2. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
3. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
4. Kopia opinii sanitarnej - należy dołączyć w przypadku praktyki w gabinecie.
5. Część II – dane współnika lub partnera spółki ..... szt.
6. Część III – 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:		

Wniosku grupowej praktyki o  wpis  zmianę  
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

### Dane współnika lub partnera grupowej praktyki

1. 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"/> <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 <input type="checkbox"/> A	Pielęgniarka Położna
2. Imiona i nazwisko .....			
3. Aktualnie wpisana w .....			
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych			
4. 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"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> P <input type="checkbox"/> A	Pielęgniarka Położna
5. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej .....			
6. 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"/>			
<b>7. Adres zamieszkania współnika, partnera grupowej praktyki:</b>			
województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejsowość:	
.....	.....	.....	.....
kod pocztowy	Telefon	Telefon 2/ Faks	Telefon komórkowy
.....		.....	
adres poczty elektronicznej		adres strony internetowej	
<b>9. Rodzaj praktyki</b>			
<input type="checkbox"/> 95 - praktyka pielęgniarstwa, położniczej wyłącznie w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> 96 - specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa, położniczej wyłącznie w miejscu wezwania <input type="checkbox"/> 98 - praktyka pielęgniarstwa, położniczej w gabinecie <input type="checkbox"/> 99 - specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa w gabinecie			
<b>10. Informacje o specjalizacjach. W przypadku prowadzenia praktyki specjalistycznej należy wpisać:</b>			
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"/>	

**11. 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

**12. Adresy miejsc 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

**13. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej**

(wypełnić tylko w sytuacji, gdy każdy ze współników posiada indywidualne ubezpieczenie)

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

**14. Data rozpoczęcia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki**      **15. Data podjęcia działalności po okresie zawieszenia**      **16. Informacje o czasowym zawieszeniu działalności leczniczej**      od   
do **17. Data zakończenia działalności leczniczej w ramach grupowej praktyki**      .....  
Podpis współnika / partnera praktyki

do Wniosku praktyki o wpis  / zmianę   
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

<input type="checkbox"/> Adres praktyki indywidualnej	<input type="checkbox"/> Adres praktyki grupowej																				
..... imiona i nazwisko	..... imiona i nazwisko wspólnika / partnera																				
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 - Pielęgniarka / Pielęgniarz <input type="checkbox"/> A - Położna / Położny																					
<b>Kolejne adresy miejsc udzielanych świadczeń:</b>																					
Rodzaj działalności leczniczej:																					
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne <input type="checkbox"/> Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne <input type="checkbox"/> Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne <input type="checkbox"/>																					
<input type="checkbox"/> Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu	<input type="checkbox"/> Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego Numer REGON podmiotu: ..... Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego: ..... ..... ..... (w przypadku podanie powyższych danych proszę nie wypełniać pola adresu)																				
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">województwo:</td> <td colspan="2">powiat:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">gmina:</td> <td colspan="2">ulica:</td> </tr> <tr> <td>Nr domu:</td> <td>Nr lokalu:</td> <td colspan="2">miejscowość:</td> </tr> <tr> <td>..... kod pocztowy</td> <td>..... Telefon</td> <td>..... Telefon 2/ Faks</td> <td>..... Telefon komórkowy</td> </tr> <tr> <td colspan="2">..... adres poczty elektronicznej</td> <td colspan="2">..... adres strony internetowej</td> </tr> </table>		województwo:		powiat:		gmina:		ulica:		Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:		..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy	..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	
województwo:		powiat:																			
gmina:		ulica:																			
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:																			
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy																		
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej																			
<b>Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych</b> (oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)																					
<table border="1"> <tr> <td>Pielęgnacyjne <input type="checkbox"/></td> <td>Lecznicze <input type="checkbox"/></td> <td>Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/></td> <td>Diagnostyczne <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia <input type="checkbox"/></td> <td>Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/></td> <td>Inne <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Pielęgnacyjne <input type="checkbox"/>	Lecznicze <input type="checkbox"/>	Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/>	Diagnostyczne <input type="checkbox"/>	Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia <input type="checkbox"/>	Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/>													
Pielęgnacyjne <input type="checkbox"/>	Lecznicze <input type="checkbox"/>	Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/>	Diagnostyczne <input type="checkbox"/>																		
Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia <input type="checkbox"/>	Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/>																			