

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

Data wpłynięcia wniosku

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

1. numer księgi rejestrowej.....									
2. organ prowadzący rejestr	<table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td style="width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="width: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table> Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych	2	3						
2	3								
3. Imiona i nazwisko									
4. Numer prawa wykonywania zawodu	<table style="display: inline-table; border: 1px solid black;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table> <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 10px;"><tr><td style="border: 1px solid black; padding: 2px;">P</td> Pielęgniarka</tr></table>								P
P									
A									

5. Aktualnie wpisana w																																																									
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych																																																									
6. Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych														--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--														--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--				---		P		---	
A	**Położna**																																																								
7. Data zakończenia działalności leczniczej																																																									
										--	--	--	--	--	--	--	--											--	--	--	--	--	--	--	--																						

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku o wykreślenie z 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		