

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	
Kolejne adresy miejsc udzielanych świadczeń:			
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)		
województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... kod pocztowy Telefon Telefon 2/ Faks Telefon komórkowy
..... adres poczty elektronicznej	 adres strony internetowej	
Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych (oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)			
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"/>	