

Wniosek indywidualnej praktyki o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

Data wpłynięcia wniosku

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

1. numer księgi rejestrowej.....			
2. organ prowadzący rejestr	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	kod izby nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych
3. Imiona i nazwisko			
4. Numer prawa wykonywania zawodu	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> P <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> A	Pielęgniarka Położna
5. Aktualnie wpisana w			
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych			
6. Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> P <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> A	Pielęgniarka Położna
7. Data zakończenia działalności leczniczej			
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>			
8. Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej w przypadku zakończenia działalności leczniczej:			
Identyfikator terytorialny GUS: W przypadku podania Identyfikatora można nie podawać województwa, powiatu, gminy			
województwo:		powiat:	
gmina:		ulica:	
Nr domu:	Nr lokalu:	miejscowość:	
..... kod pocztowy Poczta Telefon Telefon komórkowy

Data:		Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie:
Podpis		