

295

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 23 lutego 2009 r.

zmieniające rozporządzenie w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i grupowych praktyk pielęgniarek, położnych

Na podstawie art. 25d ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. W rozporządzeniu Ministra Zdrowia z dnia 20 września 2007 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych i grupowych praktyk pielęgniarek, położnych (Dz. U. Nr 203, poz. 1465) wprowadza się następujące zmiany:

1) w § 2 ust. 1 i 2 otrzymują brzmienie:

„1. Pielęgniarka, położna, która zamierza wykonywać indywidualną specjalistyczną praktykę pielęgniarek, położnych w kilku dziedzinach pielęgniarstwa, składa jeden wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. b.

2. Pielęgniarki, położne posiadające specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, które zamierzają udzielać świadczeń zdrowotnych w różnych dziedzinach pielęgniarstwa w ramach grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, składają jeden wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. c.”;

2) § 3 otrzymuje brzmienie:

„§ 3. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych, w terminie 30 dni od daty złożenia wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych, grupowych praktyk pielęgniarek, położnych wraz z dokumentami, o których mowa w art. 25 ust. 5a i 6 lub art. 25a ust. 5 i 6 ustawy, deleguje przedstawiciela okręgowej rady pielęgniarek i położnych posiadającego specjalizację w dziedzinie pielęgniarstwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia, w której ma być wykonywana praktyka, w celu dokonania oceny pomieszczeń, urządzeń, sprzętu medycznego oraz

aparatury medycznej i sporządzenia opinii w przedmiocie możliwości udzielania deklarowanych przez pielęgniarkę, położną, pielęgniarki, położne świadczeń zdrowotnych, z zachowaniem zasad określonych w art. 18 ustawy.”;

3) w § 4 ust. 2 otrzymuje brzmienie:

„2. W sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 1 i 2, okręgowa rada pielęgniarek i położnych wydaje pielęgniarce, położnej jedno zaświadczenie o wpisaniu do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych w różnych dziedzinach pielęgniarstwa albo wydaje pielęgniarkom, położnym zaświadczenie o wpisaniu do rejestru grupowej praktyki pielęgniarek, położnych z wpisem określającym dziedzinę pielęgniarstwa lub inne dziedziny mające zastosowanie w ochronie zdrowia, w których zakresie będą one udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach tej praktyki.”;

4) § 5 otrzymuje brzmienie:

„§ 5. Jeżeli pielęgniarka, położna ma zamiar wykonywać zawód w ramach indywidualnej praktyki pielęgniarek, położnych lub indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarek, położnych albo co najmniej jedna z pielęgniarek, położnych wykonujących zawód w ramach grupowej praktyki pielęgniarek, położnych ma zamiar udzielać świadczeń zdrowotnych w innej dziedzinie pielęgniarstwa lub innej dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia niż wpisana do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarek, położnych, indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych, grupowych praktyk pielęgniarek, położnych, składa odpowiedni wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 2.”;

5) w § 6:

a) w ust. 2:

— pkt 10 otrzymuje brzmienie:

„10) adres lub adresy praktyki;”,

— w pkt 17 kropkę zastępuje się średnikiem i dodaje się pkt 18 w brzmieniu:

„18) dane dotyczące poprzedniego numeru w rejestrze.”;

b) w ust. 3 w pkt 3 średnik zastępuje się przecinkiem i dodaje się wiersz w brzmieniu:

„3 — dla grupowej praktyki prowadzonej przez pielęgniarki i położne;”;

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 16 listopada 2007 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 216, poz. 1607).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2001 r. Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029, z 2004 r. Nr 19, poz. 177, Nr 92, poz. 885 i Nr 173, poz. 1808, z 2005 r. Nr 175, poz. 1461 i Nr 253, poz. 2131, z 2007 r. Nr 176, poz. 1237 oraz z 2009 r. Nr 6, poz. 33.

6) po § 6 dodaje się § 6a w brzmieniu:

„§ 6a. Na wniosek pielęgniarki, położnej okręgową rada pielęgniarek i położnych wydaje odpis z właściwego rejestru.”;

7) załączniki nr 1—3 do rozporządzenia otrzymują brzmienie określone w załącznikach nr 1—3 do niniejszego rozporządzenia;

8) załącznik nr 10 do rozporządzenia otrzymuje brzmienie określone w załączniku nr 4 do niniejszego rozporządzenia.

§ 2. Do wizytacji, o których mowa w § 3 rozporządzenia wymienionego w § 1, rozpoczętych i niezakończonych przed dniem wejścia w życie niniejszego rozporządzenia stosuje się przepisy dotychczasowe.

§ 3. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *E. Kopacz*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 23 lutego 2009 r. (poz. 295)

Załącznik nr 1

WZÓR

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH

Część A

☐ indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej ¹⁾ ☐ indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾		NR AKT ²⁾			
		DATA PRZYJĘCIA ²⁾			
NAZWISKO		IMIONA			
Członek		Numer prawa wykonywania zawodu			
(nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)		Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych			
z siedzibą w		PESEL			
		NIP			
		Numer w ewidencji działalności gospodarczej			
Oświadczenie: 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.....					
Adres zamieszkania		 (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)			
Załączone dokumenty: ¹⁾ ☐ dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) ☐ opinia organu sanitarnego o spełnianiu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu świadczeń zdrowotnych (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) ☐ dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) ☐ zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej					
DATA		CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY			

Część B³⁾

- ☐ Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych świadczeń¹⁾
- ☐ Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania¹⁾

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA⁴⁾

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

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia¹⁾

☐ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY WŁASNOŚĆ	☐ UMOWA NAJMU
☐ UMOWA PODNAJMU	☐ UMOWA UŻYCZENIA
	☐ 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			

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ		SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁴⁾		
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 praktyka pielęgniarki, położnej.

4) Wypełnia pielęgniarka, położna wykonująca praktykę w gabinecie.

5) Wypełnia pielęgniarka, położna wykonująca praktykę wyłącznie w miejscu wezwania.

☐ indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa, położniczej ¹⁾ ☐ indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarstwa, położniczej wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾	NR AKT ²⁾	
	DATA PRZYJĘCIA ²⁾	
NAZWISKO	IMIONA	
Członek	Numer prawa wykonywania zawodu	
	Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarstwa i położniczych	
	PESEL	
	NIP	
	Numer w ewidencji działalności gospodarczej	
Posiadana specjalizacja w dziedzinie Oświadczenie: Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk pielęgniarstwa, położniczych 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 pielęgniarstwa i położniczej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.) Miejscowość..... Data..... Czytelny podpis wnioskodawcy.....		
Adres zamieszkania	 (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)	
Załączone dokumenty: ¹⁾ ☐ dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) ☐ opinia organu sanitarnego o spełnianiu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu świadczeń zdrowotnych (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) ☐ dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) ☐ zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej		
DATA	CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY	

Część B³⁾

- ☐ Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych świadczeń¹⁾
- ☐ Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania¹⁾

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

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

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia¹⁾

☐ DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY WŁASNOŚĆ	☐ UMOWA NAJMU
☐ UMOWA PODNAJMU	☐ UMOWA UŻYCZENIA
	☐ 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			

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ	SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ	
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU	KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁴⁾		
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.

WZÓR

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK/POŁOŻNYCH

Część A

☐ grupowa praktyka pielęgniarek, położnych ¹⁾ ☐ grupowa praktyka pielęgniarek, położnych wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾		NR AKT ²⁾	
		DATA PRZYJĘCIA ²⁾	
GRUPOWA PRAKTYKA PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH FIRMA PRZEDSIĘBIORCY			
REPREZENTOWANA PRZEZ — NAZWISKO I IMIONA PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI			
UMOWA SPÓŁKI PRAWA CYWILNEGO z dnia			
ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH			
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA	
ULICA I NR DOMU/LOKAŁU		KOD POCZTOWY	
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS	E-MAIL
Oświadczenie: Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych są kompletne i zgodne z prawdą oraz znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki pielęgniarek, położnych, określone w ustawie z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarzek i położnych (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.). Miejscowość..... Data..... Imię, nazwisko i funkcja..... Czytelny podpis przedstawiciela/przedstawicieli spółki.....			
LISTA WSPÓLNİKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ/PARTNERSKIEJ			
NR	NAZWISKO I IMIONA		
	Członek		
	 (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w adres zamieszkania: województwo..... powiat.....gmina..... ulica i nr domu/lokału..... miejscowość.....kod pocztowy.....		
	Nr prawa wykonywania zawodu		
	Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych		
	PESEL		
	NIP		
	Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾		

NR	NAZWISKO I IMIONA													
	Członek (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w adres zamieszkania: województwo..... powiat.....gmina..... ulica i nr domu/lokalu..... miejscowość.....kod pocztowy.....	Nr prawa wykonywania zawodu												
		Nr wpisu do okręgowego rejestr pielęgniarek i położnych												
			PESEL											
			NIP											
		Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾												
NR	NAZWISKO I IMIONA													
	Członek (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w adres zamieszkania: województwo..... powiat.....gmina..... ulica i nr domu/lokalu..... miejscowość.....kod pocztowy.....	Nr prawa wykonywania zawodu												
		Nr wpisu do okręgowego rejestr pielęgniarek i położnych												
			PESEL											
			NIP											
		Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾												
NR	NAZWISKO I IMIONA													
	Członek (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w adres zamieszkania: województwo..... powiat.....gmina..... ulica i nr domu/lokalu..... miejscowość.....kod pocztowy.....	Nr prawa wykonywania zawodu												
		Nr wpisu do okręgowego rejestr pielęgniarek i położnych												
			PESEL											
			NIP											
		Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾												
NR	NAZWISKO I IMIONA													
	Członek (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w adres zamieszkania: województwo..... powiat.....gmina..... ulica i nr domu/lokalu..... miejscowość.....kod pocztowy.....	Nr prawa wykonywania zawodu												
		Nr wpisu do okręgowego rejestr pielęgniarek i położnych												
			PESEL											
			NIP											
		Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾												
DATA		CZYTELNY PODPIS PRZEDSTAWICIELA/PRZEDSTAWICIELI SPÓŁKI												

CZĘŚĆ B⁴⁾
NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI

- ☐ Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w urządzenia, sprzęt i aparaturę medyczną, rodzaju udzielanych przez wspólnika świadczeń zdrowotnych¹⁾
- ☐ Dane dotyczące pomieszczenia i środków łączności, przechowywania dokumentacji medycznej, sprzętu medycznego, rodzaju udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wyłącznie w miejscu wezwania¹⁾

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia:

- ☐ dokument potwierdzający własność
- ☐ umowa najmu ☐ umowa użyczenia
- ☐ umowa podnajmu ☐ inny tytuł prawny

		NR AKT ²⁾			
		DATA PRZYJĘCIA ²⁾			
NAZWISKO I IMIONA					
POSIADANA SPECJALIZACJA					
POSIADANA SPECJALIZACJA					
ADRES MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI					
WOJEWÓDZTWO		POWIAT		GMINA	
ULICA I NR DOMU/LOKALU			KOD POCZTOWY		
MIEJSCOWOŚĆ		TELEFON		FAKS	
				E-MAIL	
POWIERZCHNIA m ²		INSTALACJA ZAKRYTA			
		☐ wodociągowa ¹⁾		☐ elektryczna ¹⁾	
		☐ kanalizacyjna ¹⁾		☐ grzewcza ¹⁾	
		☐ wentylacyjna ¹⁾			
☐ dostęp dla osób niepełnosprawnych ¹⁾			☐ poczekalnia dla pacjentów ¹⁾		
☐ dostęp do WC dla pacjentów ¹⁾			☐ zabezpieczenie składowania brudnej bielizny ¹⁾		
☐ zabezpieczenie odpadów medycznych ¹⁾					
ZAKRES I RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH					
DATA			CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY		

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			

MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ		SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO ⁵⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
DATA		CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY

Załączone dokumenty:

- ☐ Umowa spółki cywilnej
☐ Dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczeń, w których będzie wykonywana grupowa praktyka egz.
☐ Opinia organu sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie w danych pomieszczeniach świadczeń zdrowotnych egz.
☐ Dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) egz.
☐ Zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej egz. lub odpis KRS
☐ Zaświadczenia o posiadanych specjalizacjach egz.

¹⁾ Zakreślić właściwy kwadrat.

²⁾ Wypełnia organ rejestrowy.

³⁾ Nie dotyczy spółki partnerskiej.

⁴⁾ Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana grupowa praktyka pielęgniarek i położnych.

⁵⁾ Wypełnia wnioskodawca w odniesieniu do pielęgniarki, położnej współnika spółki, która będzie udzielała świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania.

WYKAZ NUMERÓW KODOWYCH OKRĘGOWYCH IZB PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH

- 01 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej Podlaskiej
- 02 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białymstoku
- 03 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bielsku-Białej
- 04 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Bydgoszczy
- 05 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Chełmie
- 06 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ciechanowie
- 07 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Częstochowie
- 08 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Elblągu
- 09 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gdańsku
- 10 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wielkopolskim
- 11 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Jeleniej Górze
- 12 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kaliszu
- 13 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Katowicach
- 14 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Kielcach
- 15 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koninie
- 16 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Koszalinie
- 17 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krakowie
- 18 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Krośnie
- 19 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lesznie
- 20 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Lublinie
- 21 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łomży
- 22 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Łodzi
- 23 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie
- 24 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Opolu
- 25 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Ostrołęce
- 26 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Pile
- 27 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Płocku
- 28 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Poznaniu
- 29 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Przeworsku
- 30 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Radomiu
- 31 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Rzeszowie
- 32 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Siedlcach
- 33 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Sieradzu
- 34 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Słupsku
- 35 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Suwałkach
- 36 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Szczecinie
- 37 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Nowym Sączu
- 38 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Tarnowie
- 39 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Toruniu
- 40 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Wałbrzychu
- 41 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Warszawie
- 42 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Włocławku
- 43 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
- 44 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zamościu
- 45 Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Zielonej Górze