

602**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾**

z dnia 30 marca 2004 r.

w sprawie szczegółowych warunków i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk, indywidualnych specjalistycznych praktyk i grupowych praktyk pielęgniarek i położnych oraz danych objętych wpisem do rejestru

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 i Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) zarządza się, co następuje:

§ 1. Pielęgniarka, położna zamierzająca wykonywać indywidualną praktykę lub indywidualną specjalistyczną praktykę albo pielęgniarki, położne zamierzające udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki, w celu uzyskania zezwolenia i jego wpisu do rejestru indywidualnych praktyk i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych oraz rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych, składają okręgowej radzie pielęgniarek i położnych, właściwej ze względu na miejsce wykonywania praktyki, następujące dokumenty:

- 1) wniosek o wydanie zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki pielęgniarki, położnej, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki, położnej i jego wpis do rejestru indywidualnych praktyk i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych, na formularzu według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia, lub wniosek o wydanie zezwolenia na wykonywanie grupowej praktyki pielęgniarek, położnych i jego wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych, na formularzu według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 2) kopię „Prawa wykonywania zawodu pielęgniarki” lub „Prawa wykonywania zawodu położnej”;
- 3) potwierdzający posiadanie specjalizacji w określonej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia — w przypadku pielęgniarek, położnych zamierzających wykonywać praktykę, w ramach której udzielać będą świadczeń zdrowotnych wymagających posiadania specjalizacji;
- 4) potwierdzające prawo pielęgniarki lub położnej do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być

wykonywana indywidualna praktyka, indywidualna specjalistyczna praktyka albo grupowa praktyka pielęgniarek, położnych;

- 5) potwierdzające prawo pielęgniarki lub położnej do korzystania z pomieszczenia, w którym będą przyjmowane wezwania, będzie przechowywana dokumentacja medyczna, aparatura i sprzęt medyczny wymagający sterylizacji — w przypadku gdy pielęgniarka, położna zamierza wykonywać praktykę wyłącznie w miejscu wezwania;
- 6) uwierzytelnioną kopię umowy spółki cywilnej lub spółki partnerskiej — w przypadku pielęgniarek, położnych zamierzających udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki;
- 7) opinię właściwego organu Państwowej Inspekcji Sanitarnej o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu określonych świadczeń zdrowotnych.

§ 2. 1. Pielęgniarka, położna lub pielęgniarki, położne, które zamierzają równocześnie wykonywać indywidualną praktykę i indywidualną specjalistyczną praktykę oraz udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki albo dwie z nich, w celu uzyskania zezwolenia i jego wpisu do rejestru, obowiązane są złożyć odrębny wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 1, dla każdej z tych praktyk.

2. Pielęgniarka, położna lub pielęgniarki, położne, które zamierzają wykonywać indywidualną praktykę i indywidualną specjalistyczną praktykę oraz udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki w kilku pomieszczeniach, obowiązane są przedstawić dane, o których mowa w § 1 pkt 4, 5 i 7, dla każdego z tych pomieszczeń.

§ 3. 1. Okręgowa rada pielęgniarek i położnych, właściwa ze względu na miejsce wykonywania praktyki, na podstawie dokumentów, o których mowa w § 1, podejmuje uchwałę o wydaniu zezwolenia na wykonywanie praktyki oraz o dokonaniu jego wpisu do rejestru albo odmowie wydania zezwolenia, w terminie 30 dni od dnia złożenia dokumentów, o których mowa w § 1.

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 28 czerwca 2002 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 93, poz. 833 oraz z 2003 r. Nr 199, poz. 1941).

2. Na podstawie uchwały o wydaniu zezwolenia na wykonywanie praktyki oraz o dokonaniu jego wpisu do rejestru okręgowa rada pielęgniarek i położnych wydaje niezwłocznie pielęgniarce, położnej zezwole-

nie na wykonywanie praktyki oraz zaświadczenie o jego wpisie do rejestru.

3. W przypadku grupowej praktyki pielęgniarek, położnych zezwolenie i zaświadczenie, o których mowa w ust. 2, okręgowa rada pielęgniarek i położnych wydaje każdej pielęgniarce, położnej będącej wspólnikiem spółki.

4. W przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 1, okręgowa rada pielęgniarek i położnych wydaje pielęgniarce, położnej lub pielęgniarkom, położnym zezwolenie i zaświadczenie, o których mowa w ust. 2, odrębnie dla indywidualnej praktyki, indywidualnej specjalistycznej praktyki i grupowej praktyki.

5. Wzory zezwoleń i zaświadczeń, o których mowa w ust. 2, stanowią załączniki nr 3—9 do rozporządzenia.

§ 4. 1. Rejestr indywidualnych praktyk i indywidualnych specjalistycznych praktyk oraz rejestr grupowych praktyk pielęgniarek, położnych prowadzone są w systemie ewidencyjno-informatycznym. Wpisowi do rejestrów podlegają następujące dane:

- 1) numer wpisu do rejestru;
- 2) imię (imiona) i nazwisko pielęgniarki, położnej;
- 3) numer rejestru pielęgniarki, położnej w okręgowej izbie pielęgniarek i położnych;
- 4) numer prawa wykonywania zawodu;
- 5) numer dyplomu posiadanej specjalizacji oraz dziedzina specjalizacji — w przypadku udzielania świadczeń zdrowotnych wymagających posiadania specjalizacji;
- 6) oznaczenie rodzaju praktyki;
- 7) numer i data uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych o wydaniu zezwolenia na wykonywanie praktyki i dokonaniu jego wpisu do rejestru oraz numery i daty uchwał o zmianie wpisu;
- 8) adres praktyki i adresy miejsca jej wykonywania albo udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki pielęgniarek i położnych;
- 9) numer telefonu, numer faksu i adres poczty elektronicznej;
- 10) adres do korespondencji;
- 11) adres miejsca przyjmowania wezwań;
- 12) adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, aparatury i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji — w przypadku praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania;

13) nazwa organu sanitarnego oraz numer i data wydania opinii o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do danego pomieszczenia;

14) numer i data uchwały okręgowej rady pielęgniarek i położnych o cofnięciu zezwolenia na wykonywanie praktyki i skreśleniu zezwolenia z rejestru.

2. Rejestr jest jawny.

§ 5. 1. W przypadku gdy pielęgniarka, położna zamierza:

- 1) wykonywać praktykę w innej dziedzinie pielęgniarstwa lub dziedzinie mającej zastosowanie w ochronie zdrowia niż dziedzina wpisana do rejestru,
- 2) udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki w jednej z dziedzin pielęgniarstwa lub dziedzin mających zastosowanie w ochronie zdrowia niewpisanych do rejestru

— obowiązana jest ponownie złożyć wniosek o wydanie zezwolenia.

2. W przypadku gdy pielęgniarka, położna zaprzestaje udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki, pielęgniarki, położne zamierzające nadal udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach tej grupowej praktyki obowiązane są ponownie złożyć wniosek o wydanie zezwolenia.

3. W przypadku gdy pielęgniarka, położna zamierza wykonywać praktykę w innym pomieszczeniu niż pomieszczenie wpisane do rejestru, obowiązana jest powiadomić o tym na piśmie okręgową radę pielęgniarek i położnych, która wydała zezwolenie i dokonała jego wpisu do rejestru, oraz dołączyć opinię, o której mowa w § 1 pkt 7.

4. W przypadkach, o których mowa w ust. 1—3, okręgowa rada pielęgniarek i położnych po sprawdzeniu przedstawionych jej danych, na podstawie podjętej uchwały, wydaje nowe zezwolenie i zaświadczenie o jego wpisie do rejestru albo dokonuje wpisu nowych danych lub zmiany danych wpisanych do rejestru i wydaje zaświadczenie o wpisie, albo odmawia wydania zezwolenia, wpisania nowych danych lub zmiany danych wpisanych do rejestru.

§ 6. Rozporządzenie wchodzi w życie z dniem ogłoszenia.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 30 marca 2004 r. (poz. 602)

Załącznik nr 1

WZÓR

**Wniosek o wydanie zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki
pielęgniarki, położnej/ indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki,
położnej*** wyłącznie w miejscu wezwania* w gabinecie pielęgniarskim***i wpis do rejestru indywidualnych praktyk i indywidualnych specjalistycznych
praktyk pielęgniarek i położnych**.....
.....
(nazwa i siedziba okręgowej izby pielęgniarek i położnych)**CZĘŚĆ A**

NUMER AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**1. Dane ewidencyjne**Nazwisko i imiona
..... pielęgniarka* położna*

Członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

Numer rejestru pielęgniarki/ położnej* w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
.....Numer prawa wykonywania zawodu
.....Planowany termin rozpoczęcia działalności
.....

* Właściwe zakreślić.

Posiadane kwalifikacje uzyskane w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

Rodzaj kształcenia	Dziedzina lub zakres ukończonego kształcenia

2. Przebieg pracy zawodowej w ciągu ostatnich 2 lat**

Okres	Miejsce pracy	Stanowisko

.....
(data)

.....
(podpis wnioskodawcy)

** Zgodnie z art. 25 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) pkt 2 wypełnia się do czasu uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

CZĘŚĆ B*

**Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny,
miejsca przechowywania dokumentacji medycznej**

NUMER AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

Wypełnia wnioskodawca

Nazwisko i imiona:

.....

1. Adres praktyki.....
(województwo) (powiat).....
(gmina) (miejscowość) (kod pocztowy).....
(ulica, nr domu, nr lokalu) (telefon).....
(faks) (adres poczty elektronicznej)**2. Adres miejsca wykonywania praktyki**.....
(województwo) (powiat).....
(gmina) (miejscowość) (kod pocztowy).....
(ulica, nr domu, nr lokalu) (telefon).....
(faks) (adres poczty elektronicznej)

* Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej lub indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, położnej.

3. Adres miejsca przyjmowania wezwań

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

4. Adres miejsca przechowywania aparatury i sprzętu medycznego

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

5. Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

6. Adres do korespondencji

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

7. Dane o wyposażeniu praktyki w aparaturę i sprzęt medyczny

Lp.	Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

.....
(data).....
(podpis wnioskodawcy)

CZĘŚĆ C**WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH****UCHWAŁA OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

w

Nr z dnia

- udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki pielęgniarki/ położnej*
- udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki/położnej*

Pani/Panu

- wpisano praktykę do rejestru indywidualnych praktyk i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych pod nr
- nie udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki pielęgniarki/położnej* (uzasadnienie w załączeniu)
- nie udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki/położnej* (uzasadnienie w załączeniu)

(pieczęć okrągła)

.....
(data).....
(podpis przewodniczącej /przewodniczącego
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

* Właściwe zakreślić.

WZÓR

**Wniosek o wydanie zezwolenia na wykonywanie grupowej praktyki
pielęgniarek/ położnych *** wyłącznie w miejscu wezwania* w gabinecie pielęgniarskim* inne***i wpis do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych**.....
.....
(nazwa i siedziba okręgowej izby pielęgniarek i położnych)**CZĘŚĆ A**

NUMER AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Dane ewidencyjne

Grupowa praktyka*:

 pielęgniarek położnych pielęgniarek i położnych

firma spółki (nazwa spółki)

siedziba w

Osoba uprawniona do reprezentowania spółki:

Planowany termin rozpoczęcia działalności

* Właściwe zakreślić.

W przypadku zaznaczenia pola „inne” należy wpisać nazwę i adres podmiotu innego niż zakład opieki zdrowotnej, z którym zawarto umowę cywilnoprawną będącą podstawą wykonywania grupowej praktyki:

1) nazwa podmiotu.....

2) adres podmiotu:

.....
(województwo) (powiat)

.....
(gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu) (telefon)

.....
(faks) (adres poczty elektronicznej)

2. Adres grupowej praktyki

.....
(województwo) (powiat)

.....
(gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu) (telefon)

.....
(faks) (adres poczty elektronicznej)

3. Lista wspólników spółki:

1) nazwisko i imiona

członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

2) nazwisko i imiona

członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

3) nazwisko i imiona

członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

4) nazwisko i imiona

- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 5) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 6) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 7) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 8) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 9) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych
- 10) nazwisko i imiona
- członek Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych

.....
(data)

.....
(podpis przedstawiciela spółki)

CZĘŚĆ B*

**Dane dotyczące pomieszczenia, wyposażenia w aparaturę i sprzęt medyczny,
miejsca przechowywania dokumentacji medycznej**

NUMER AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Dane ewidencyjne

Grupowa praktyka**:

- pielęgniarek
 położnych
 pielęgniarek i położnych

Reprezentowana przez

.....

.....

(nazwisko i imiona przedstawiciela spółki)

2. Świadczenia udzielane przez:

Panią/Pana

.....

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu

nr

członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

.....

(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

* Część B wniosku wypełnia wnioskodawca odrębnie dla każdego wspólnika oraz pomieszczenia, w którym wspólnik będzie udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki pielęgniarek, położnych.

** Właściwe zakreślić.

3. Posiadane kwalifikacje uzyskane w ramach kształcenia podyplomowego pielęgniarek i położnych:

Rodzaj kształcenia	Dziedzina lub zakres ukończonego kształcenia

4. Przebieg pracy zawodowej w ciągu ostatnich 2 lat***

Okres	Miejsce pracy	Stanowisko

*** Zgodnie z art. 25 ust. 2 pkt 2 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnictwa (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) pkt 4 wypełnia się do czasu uzyskania przez Rzeczpospolitą Polską członkostwa w Unii Europejskiej.

5. Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

6. Adres miejsca przyjmowania wezwań

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

7. Adres miejsca przechowywania aparatury i sprzętu medycznego

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

8. Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

9. Adres do korespondencji

.....
(województwo) (powiat)

.....
(gmina) (miejsowość) (kod pocztowy)

.....
(ulica, nr domu, nr lokalu) (telefon)

.....
(faks) (adres poczty elektronicznej)

10. Dane o wyposażeniu praktyki w aparaturę i sprzęt medyczny

Lp.	Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

.....
(data)

.....
(podpis przedstawiciela spółki)

CZĘŚĆ C**WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH****UCHWAŁA OKRĘGOWEJ RADY PIELĘGNIAREK I POŁOŻNYCH**

W

Nr z dnia

udzielono zezwolenia na wykonywanie grupowej praktyki pielęgniarek/położnych*

przez pielęgniarki/położne* wpisane na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej/spółki partnerskiej* i wpisano do rejestru grupowych praktyk pielęgniarek, położnych

pod nr

nie udzielono zezwolenia na wykonywanie grupowej praktyki pielęgniarek/położnych* (uzasadnienie w załączeniu)

(pieczęć okrągła)

.....
(data).....
(podpis przewodniczącej /przewodniczącego
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

* Właściwe zakreślić.

WZÓR

ZEZWOLENIE Nr
NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA*

Pani/Pan.....

posiadająca/ -cy prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza *

nr

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)**uzyskała/uzyskał* zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki**
pielęgniarki/pielęgniarza*wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w
..... na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca
1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89,
poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) i uchwały
nr..... z dniaZezwolenie jest bezterminowe i ważne na terenie działania Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w

(pieczęć okrągła)

.....
(data).....
(podpis przewodniczącej /przewodniczącego
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

* Właściwe zakreślić.

WZÓR

ZEZWOLENIE Nr
NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI
PIELĘGNIARKI/PIELĘGNIARZA* W DZIEDZINIE

.....
Pani/Pan

posiadająca/-cy prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarza*

nr

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadająca/-cy specjalizację w dziedzinie:

.....
uzyskała/uzyskał* zezwolenie na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej
praktyki pielęgniarki/ pielęgniarza*

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w
..... na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca
1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89,
poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) i uchwały
nr..... z dnia

Zezwolenie jest bezterminowe i ważne na terenie działania Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w

.....
(pieczęć okrągła)

.....
(data)

.....
(podpis przewodniczącej /przewodniczącego
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

* Właściwe zakreślić.

WZÓR

ZEZWOLENIE Nr

NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO*

Pani/Pan.....

posiadająca/-cy prawo wykonywania zawodu położnej/położnego*

nr

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)**uzyskała/uzyskał* zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki
położnej/położnego***

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

..... na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca

1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89,

poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) i uchwały

nr..... z dnia

Zezwolenie jest bezterminowe i ważne na terenie działania Okręgowej Izby

Pielęgniarek i Położnych w

(pieczęć okrągła)

.....
(data).....
(podpis przewodniczącej /przewodniczącego
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

* Właściwe zakreślić.

WZÓR

ZEZWOLENIE Nr
NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI
POŁOŻNEJ/POŁOŻNEGO * W DZIEDZINIE

.....
Pani/Pan.....

posiadająca/-cy prawo wykonywania zawodu położnej/położnego * nr

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadająca/-cy specjalizację w dziedzinie:

.....
**uzyskała/uzyskał* zezwolenie na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej
praktyki położnej/ położnego***

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w
..... na podstawie art. 25 ust. 1 ustawy z dnia 5 lipca
1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89,
poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) i uchwały
nr..... z dnia

Zezwolenie jest bezterminowe i ważne na terenie działania Okręgowej Izby
Pielęgniarek i Położnych w

(pieczęć okrągła)

.....
(data)

.....
(podpis przewodniczącej /przewodniczącego
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

* Właściwe zakreślić.

WZÓR

ZEZWOLENIE Nr

NA WYKONYWANIE GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELĘGNIAREK/ POŁOŻNYCH*

- wyłącznie w miejscu wezwania*
- w gabinecie pielęgniarzkim*
- inne*

Na obszarze działania:

.....

(nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych)

przez pielęgniarki/pielęgniarzy*, położne/położnych* wspólników spółki cywilnej/spółki partnerskiej:

firma spółki (nazwa spółki)

.....

siedziba w

1. Panią/Pana

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza* nr

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu położnej/ położnego* nr

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie.....

2. Panią/Pana

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza* nr

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu położnej/ położnego* nr

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie

* Właściwe zakreślić.

3. Panią/Pana
 posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/pielęgniarsza* nr
 posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu położnej/ położnego* nr
 wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w
 członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

.....
 (numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w
 na podstawie art. 25a ust. 3 ustawy z dnia 5 lipca
 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89,
 poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) i uchwały
 nr..... z dnia

Adres miejsca wykonywania praktyki/adres miejsca przyjmowania wezwań*:

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina)	..... (miejsowość)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

Zezwolenie jest bezterminowe i ważne na terenie działania Okręgowej Izby
 Pielęgniarek i Położnych w

(pieczęć okrągła)

..... (data) (podpis przewodniczącej /przewodniczącego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
-----------------	--

* Właściwie zakreślić.

WZÓR

ZAŚWIADCZENIE

**O WPISIE DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH PRAKTYK I INDYWIDUALNYCH
SPECJALISTYCZNYCH PRAKTYK PIEŁĘGNIAREK, POŁOŻNYCH**

.....
.....
(nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych)

Na podstawie art. 25 ust. 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) i uchwały nr

z dnia

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w

stwierdza się, że wydano zezwolenie na wykonywanie* :

- indywidualnej praktyki pielęgniarki/ pielęgniarza
- indywidualnej praktyki położnej/ położnego
- indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki/ pielęgniarza
- indywidualnej specjalistycznej praktyki położnej/ położnego

.....
(adres praktyki)

wykonywanej przez Panią/ Pana:

.....
posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu nr

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie.....

.....
* Właściwe zakreślić.

Praktyka wykonywana w miejscu:

..... (województwo)	..... (powiat)
..... (gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
..... (ulica, nr domu, nr lokalu)	..... (telefon)
..... (faks)	..... (adres poczty elektronicznej)

**Zezwolenie nr zostało wpisane do rejestru indywidualnych
praktyk i indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarek, położnych**

pod nr

(pieczęć okrągła)

..... (data) (podpis przewodniczącej/przewodniczącego Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)
-----------------	---

WZÓR

**ZAŚWIADCZENIE O WPISIE DO REJESTRU
GRUPOWYCH PRAKTYK PIEŁĘGNIAREK, POŁOŻNYCH**

.....
.....
(nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych)

Na podstawie art. 25a ust. 5 ustawy z dnia 5 lipca 1996 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602 i Nr 89, poz. 969, z 2003 r. Nr 109, poz. 1029 oraz z 2004 r. Nr 19, poz. 177) i uchwały nr
z dnia

Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w
**stwierdza się, że wydano zezwolenie na wykonywanie grupowej praktyki
pielęgniarek/ położnych ***

.....
(adres praktyki)

wyłącznie w miejscu wezwania*

w gabinecie pielęgniarskim *

inne *

przez pielęgniarki/położne * wspólników spółki cywilnej/spółki partnerskiej *

firma spółki (nazwa spółki)

.....
siedziba w

1. Panią/Pana

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza * nr

posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu położnej/ położnego * nr

wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w

członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie.....

.....
* Właściwe zakreślić.

2. Panią/Pana
posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza* nr
posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu położnej/ położnego* nr
wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w
członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)
posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie

3. Panią/Pana
posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu pielęgniarki/ pielęgniarza* nr
posiadającą/-ego prawo wykonywania zawodu położnej/ położnego* nr
wydane przez Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w
członka Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
.....
(numer rejestru w Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)
posiadającą/-ego specjalizację w dziedzinie

Adres miejsca wykonywania praktyki/adres miejsca przyjmowania wezwań*:

.....
(województwo) (powiat)
.....
(gmina) (miejscowość) (kod pocztowy)
.....
(ulica, nr domu, nr lokalu) (telefon)
.....
(faks) (adres poczty elektronicznej)

* Właściwe zakreślić.

**Zezwolenie nr zostało wpisane do rejestru grupowych praktyk
pielęgniarek, położnych**

pod nr.....

(pieczęć okrągła)

.....
(data)

.....
(podpis przewodniczącej /przewodniczącego
Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

Egzemplarze bieżące oraz archiwalne można nabywać:

- w Zakładzie Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel. 694-67-00, 694-60-96 — na podstawie nadesłanego zamówienia (wyłącznie sprzedaż wysyłkowa);
- w punktach sprzedaży Dziennika Ustaw i Monitora Polskiego w Warszawie (sprzedaż wyłącznie za gotówkę):
 - ul. Powsińska 69/71, tel. 694-62-96
 - al. Szucha 2/4, tel. 629-61-73 (od 1997 r.)

**Reklamacje z powodu niedoreczenia poszczególnych numerów zgłaszać należy na piśmie do Zakładu Wydawnictw i Poligrafii
Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa,
do 15 dni po otrzymaniu następnego kolejnego numeru**

O wszelkich zmianach nazwy lub adresu prenumeratora prosimy niezwłocznie informować na piśmie Zakład Wydawnictw i Poligrafii
Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

Dziennik Ustaw i Monitor Polski (spis treści) dostępne są w Internecie pod adresem www.cokprm.gov.pl

Wydawca: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Redakcja: Rządowe Centrum Legislacji — Redakcja Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej
oraz Dziennika Urzędowego Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”,

Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa, tel. 622-66-56

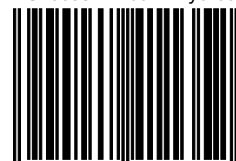
Skład, druk i kolportaż: Zakład Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel.: 694-67-50, 694-67-52; faks 694-62-06

Bezpłatna infolinia: 0-800-287-581

www.cokprm.gov.pl

e-mail: dziust@cokprm.gov.pl

DU 0065 2004 wyd.00



sTłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Zakładzie Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów,
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa