

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 dziedziny 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 okręgowa 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

<input type="checkbox"/> indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej ¹⁾ <input type="checkbox"/> indywidualna praktyka pielęgniarki, położnej wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾	NR AKT ²⁾	
	DATA PRZYJĘCIA ²⁾	
NAZWISKO	IMIONA	
Członek (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w	Numer prawa wykonywania zawodu	
	Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych	
	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 znam 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⁾ <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> opinia organu sanitarnego o spełnianiu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu świadczeń zdrowotnych (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) <input type="checkbox"/> 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				
	<input type="checkbox"/> wodociągowa ¹⁾	<input type="checkbox"/> kanalizacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> grzewcza ¹⁾	<input type="checkbox"/> wentylacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> elektryczna ¹⁾
<input type="checkbox"/> dostęp dla osób niepełnosprawnych ¹⁾			<input type="checkbox"/> poczekalnia dla pacjentów ¹⁾		
<input type="checkbox"/> dostęp do WC dla pacjentów ¹⁾			<input type="checkbox"/> zabezpieczenie składowania brudnej bielizny ¹⁾		
<input type="checkbox"/> zabezpieczenie odpadów medycznych ¹⁾					
RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH					
DATA			CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY		
.....				

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia¹⁾

<input type="checkbox"/> DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY WŁASNOŚĆ	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA
	<input type="checkbox"/> 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.

WZÓR

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU
INDYWIDUALNYCH SPECJALISTYCZNYCH PRAKTYK PIELĘGNIAREK, POŁOŻNYCH

Część A

<input type="checkbox"/> indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, położnej ¹⁾ <input type="checkbox"/> indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki, położnej wykonywana wyłącznie w miejscu wezwania ¹⁾	NR AKT ²⁾	
	DATA PRZYJĘCIA ²⁾	
NAZWISKO.....	IMIONA.....	
Członek (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych) z siedzibą w	Numer prawa wykonywania zawodu	
	Numer wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych	
	PESEL	
	NIP	
	Numer w ewidencji działalności gospodarczej	
Posiadana specjalizacja w dziedzinie		
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⁾ <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> opinia organu sanitarnego o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu świadczeń zdrowotnych (dotyczy praktyk wykonywanych w gabinecie) <input type="checkbox"/> dokumenty potwierdzające prawo do korzystania z pomieszczenia i środków łączności (dotyczy praktyk wyłącznie w miejscu wezwania) <input type="checkbox"/> 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
POWIERZCHNIA.....m ²	INSTALACJA ZAKRYTA				
	<input type="checkbox"/> wodociągowa ¹⁾	<input type="checkbox"/> kanalizacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> grzewcza ¹⁾	<input type="checkbox"/> wentylacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> elektryczna ¹⁾
<input type="checkbox"/> dostęp dla osób niepełnosprawnych ¹⁾			<input type="checkbox"/> poczekalnia dla pacjentów ¹⁾		
<input type="checkbox"/> dostęp do WC dla pacjentów ¹⁾			<input type="checkbox"/> zabezpieczenie składowania brudnej bielizny ¹⁾		
<input type="checkbox"/> zabezpieczenie odpadów medycznych ¹⁾					
RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH					
DATA			CZYTELNY PODPIS WNIOSKODAWCY		

Uprawnienia do korzystania z pomieszczenia¹⁾

<input type="checkbox"/> DOKUMENT POTWIERDZAJĄCY WŁASNOŚĆ	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA
	<input type="checkbox"/> 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 WEZWAŃ⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES POCZTY ELEKTRONICZNEJ		SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ
ADRES PRZECHOWYWANIA DOKUMENTÓW MEDYCZNYCH⁴⁾		
WOJEWÓDZTWO	POWIAT	GMINA
ULICA I NR DOMU/LOKALU		KOD POCZTOWY
MIEJSCOWOŚĆ	TELEFON	FAKS
ADRES PRZECHOWYWANIA SPRZĘTU MEDYCZNEGO⁴⁾		
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

<input type="checkbox"/> grupowa praktyka pielęgniarek, położnych ¹⁾ <input type="checkbox"/> 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/LOKALU			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 pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2001 r. Nr 57, poz. 602, z późn. zm.).						
Miejscowość..... Data..... Imię, nazwisko i funkcja.....						
Czytelny podpis przedstawiciela/przedstawicieli spółki.....						
LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ/PARTNERSKIEJ						
NR	NAZWISKO I IMIONA					
	Członek		Nr prawa wykonywania zawodu			
 (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)		Nr wpisu do okręgowego rejestru pielęgniarek i położnych			
	z siedzibą w		PESEL			
	adres zamieszkania: województwo..... powiat..... gmina..... ulica i nr domu/lokalu..... miejscowość..... kod pocztowy.....		NIP			
		Nr w ewidencji działalności gospodarczej ³⁾				

NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek	Nr prawa wykonywania zawodu								
	..... (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)	Nr wpisu do								
	z siedzibą w	okręgowego								
	adres zamieszkania:	rejestr								
	województwo.....	pielęgniarek								
	powiat.....gmina.....	i położnych								
ulica i nr domu/lokalu.....	PESEL									
miejsowość.....kod pocztowy.....	NIP									
	Nr w ewidencji									
	działalności									
	gospodarczej ³⁾									
NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek	Nr prawa wykonywania zawodu								
	..... (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)	Nr wpisu do								
	z siedzibą w	okręgowego								
	adres zamieszkania:	rejestr								
	województwo.....	pielęgniarek								
	powiat.....gmina.....	i położnych								
ulica i nr domu/lokalu.....	PESEL									
miejsowość.....kod pocztowy.....	NIP									
	Nr w ewidencji									
	działalności									
	gospodarczej ³⁾									
NR	NAZWISKO I IMIONA									
	Członek	Nr prawa wykonywania zawodu								
	..... (nazwa własna okręgowej izby pielęgniarek i położnych)	Nr wpisu do								
	z siedzibą w	okręgowego								
	adres zamieszkania:	rejestr								
	województwo.....	pielęgniarek								
	powiat.....gmina.....	i położnych								
ulica i nr domu/lokalu.....	PESEL									
miejsowość.....kod pocztowy.....	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 ³⁾		
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			
	<input type="checkbox"/> wodociągowa ¹⁾	<input type="checkbox"/> kanalizacyjna ¹⁾	<input type="checkbox"/> grzewcza ¹⁾	<input type="checkbox"/> wentylacyjna ¹⁾
<input type="checkbox"/> dostęp dla osób niepełnosprawnych ¹⁾		<input type="checkbox"/> poczekalnia dla pacjentów ¹⁾		
<input type="checkbox"/> dostęp do WC dla pacjentów ¹⁾		<input type="checkbox"/> zabezpieczenie składowania brudnej bielizny ¹⁾		
<input type="checkbox"/> zabezpieczenie odpadów medycznych ¹⁾				
ZAKRES I RODZAJ PRZEWDYWANYCH 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