Wniosek indywidualnej praktyki o wpis ☐ / zmianę ☐ do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

(W przypadku składania wniosku o wpis zmian w rejestrze należy wypełnić pozycje od 1 do 4 oraz te pozycje, które uległy zmianie)

Data wpłynięcia wniosku ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

1. **numer księgi rejestrowej (w przypadku zmiany)** ……

2. organ Prowadzący rejestr **P-** [2][3]. **kod izby** **Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie** nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych

3. **Imiona i nazwisko** ……...

4. **Numer prawa wykonywania zawodu** ☐☐☐☐☐☐☐ [P] **Pielęgniarka / Pielęgniarz** [A] **Położna / Położny**

5. **Aktualnie wpisana w** ……. **nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych**

6. **Pod numerem rejestru pielęgniarek lub rejestru położnych** ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ [P] **Pielęgniarka / Pielęgniarz** [A] **Położna / Położny**

7. **Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej** ……..…… (jeżeli został nadany)

8. **Numer NIP** ☐☐☐ ☐☐☐ ☐☐ ☐☐

9. **Adres do korespondencji:**

województwo:	**powiat:**
gmina:	**ulica:**
Nr domu: / **Nr lokalu:**	**miejscowość:**
……..…….... kod pocztowy	……..…..…… Telefon
……..…..…… Telefon 2/ Faks	……..……..… Telefon komórkowy
…… adres poczty elektronicznej	……..…… adres strony internetowej

10. **Data rozpoczęcia działalności leczniczej** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

11. **Data podjęcia działalności po okresie zawieszenia** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

12. **Informacje o czasowym zawieszeniu Działalności leczniczej** **od** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ **do** ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

13. Rodzaj działalności leczniczej

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne ☐ **Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne** ☐

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne ☐

14. Rodzaj praktyki

- ☐ 93 -indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- ☐ 94 -indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- ☐ 95 -indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania
- ☐ 96 -indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania
- ☐ 98 -indywidualna praktyka pielęgniarki
- ☐ 99 -indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki

15. Informacje o specjalizacjach. W przypadku prowadzenia praktyki specjalistycznej należy wpisać:

Posiadane specjalizacje	W tej dziedzinie będzie wykonywana praktyka?
	TAK ☐ **NIE** ☐
	TAK ☐ **NIE** ☐
	TAK ☐ **NIE** ☐
	TAK ☐ **NIE** ☐
	TAK ☐ **NIE** ☐
	TAK ☐ **NIE** ☐

16. Adres miejsca przyjmowania wezwań(dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		**powiat:**	
gmina:		**ulica:**	
Nr domu:	**Nr lokalu:**	**miejscowość:**	
……..……..... kod pocztowy	……..…..…… Telefon	……..…… Telefon 2/ Faks	……..……...… Telefon komórkowy

17. Adres miejsca przechowywania dokumentacji(dotyczy praktyki wyłącznie w miejscu wezwania)

województwo:		**powiat:**	
gmina:		**ulica:**	
Nr domu:	**Nr lokalu:**	**miejscowość:**	
……..……..... kod pocztowy	……..…..…… Telefon	……..…… Telefon 2/ Faks	……..……...… Telefon komórkowy

18. Adres miejsca udzielanych świadczeń:

Adres nr 1 (kolejne adresy w załączniku III)

Rodzaj działalności leczniczej:

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne ☐ **Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne** ☐

Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne ☐

☐ **Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu**	☐ **Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego** **Numer REGON podmiotu:** ……..…….. **Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:** ……..... ……... ……... (w przypadku podania powyżch 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	

19. Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

(oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)

Pielęgnacyjne ☐ Lecznicze ☐ Rehabilitacyjne ☐ Diagnostyczne ☐

Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia ☐ Medyczne czynności ratunkowe ☐ Inne ☐

20. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

Zakres ubezpieczenia: ……			
Suma gwarancyjna na jedno zdarzenie		Suma gwarancyjna na wszystkie zdarzenia	
Okres ubezpieczenia od dnia:		do dnia:	

21. Dane do akredytacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych

……..…… **Data wydania certyfikacji:**	**Zakres akredytacji** …… ……

Wykaz załączników:
(na podstawie art.102. ust. 3. w powiązaniu z art. 100 ust. 4 z ustawy o działalności leczniczej)

1. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.
2. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej.
3. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
4. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
5. Kopia opinii sanitarnej - należy dołączyć w przypadku praktyki w gabinecie.
6. Załącznik III – Kolejne adresy miejsc udzielania świadczeń ……. szt.

WYCIĄG Z USTAWY Z 15 KWIETNIA 2011 R. O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

Art. 107. 1. Podmiot wykonujący działalność leczniczą, wpisany do rejestru jest obowiązany **zgłaszać organowi** prowadzącemu rejestr **wszelkie zmiany danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od dnia ich powstania**.

2. **W przypadku niezgłoszenia zmiany danych objętych rejestrem w terminie**, o którym mowa w ust. 1, organ prowadzący rejestr może, w drodze decyzji administracyjnej, nałożyć na podmiot wykonujący działalność leczniczą **karę pieniężną w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia** za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę. Decyzji nadaje się rygor natychmiastowej wykonalności.

..

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- **zapoznałem/am się z treścią przepisu art. 107 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654 ze zm.), i zobowiązuje się do zgłaszania właściwej okręgowej izbie pielęgniarek i położnych wszelkich zmian danych objętych rejestrem w terminie 14 dni od ich powstania pod rygorem możliwości nałożenia przez podmiot prowadzący rejestr kary pieniężnej w wysokości do dziesięciokrotnego minimalnego wynagrodzenia za pracę określonego na podstawie przepisów o minimalnym wynagrodzeniu za pracę.**
- **dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą,**
- **znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2011 r. nr 112 poz. 654).**

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