

7. Nowa forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

.....

8. Nowy nr wpisu do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego
(w przypadku podmiotu podlegającemu obowiązkowi takiego wpisu)

.....

9. Nowa nazwa dziedziny kształcenia

.....

10. Zmiana systemu kształcenia

stacjonarny

nie stacjonarny

11. Zmiany dotyczące miejsca prowadzenia kształcenia

Miejsce odbywania zajęć teoretycznych:

Lp.	Miejscowość	Kod pocztowy	Adres	Nazwa placówki
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Miejsce odbywania zajęć praktycznych:

Lp.	Miejscowość	Kod pocztowy	Adres	Nazwa placówki - Oddział
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

OŚWIADCZENIE

Działając w imieniu/imieniu własnym **

.....
.....
.....
.....

(oznaczenie wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania lub siedziby)

oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie kształcenia podyplomowego, określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
*(pieczęć imienna i podpis osoby/osób
uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy
wraz z oznaczeniem pełnionej funkcji)*

Załącznik:

- Dowód dokonania opłaty.

** Niepotrzebna skreślić