**Załącznik nr 4**

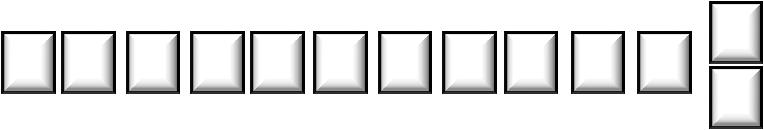
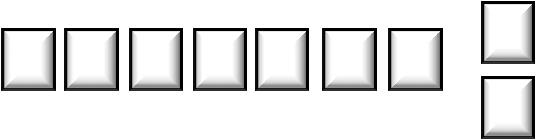
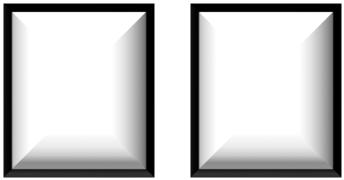
**Wniosek indywidualnej praktyki o wykreślenie**

**z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**



**Data wpłynięcia wniosku**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1**. | **numer księgi rejestrowej** ………………………………………………………………… | | |  |  |  |
| **2.** | **organ** |  |  |  |  |  |
|  | **prowadzący** |  | ………………………………………………………………………... |  |  |  |
|  | **rejestr** | **kod izby** | nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych | | |  |
| **3.** | **Imiona i nazwisko** | **…………………………………………………………………………….** | |  |  |  |
|  |  |  |  | P | **Pielęgniarka** |  |
| **4. Numer prawa wykonywania zawodu** | | | |  |  |  |
|  |  |  |  | A | **Położna** |  |
|  | | | |  |  |  |
| **5. Aktualnie wpisana w** …………………………………………………………………………… | | | |  |  |  |
|  |  |  | nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych | |  |  |
| **6.** | **Pod numerem** |  | P |  |  |  |
| **rejestru pielęgniarek** | |  | **Pielęgniarka** | |  |
|  |  |  |
| **lub rejestru położnych** | | | A **Położna** | | |  |



**7. Data zakończenia działalności leczniczej**

**8. Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej po zamknięciu działalności leczniczej:**

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Data: | Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie: |

……………………………………………………………………………………………………………..…………………

Podpis