**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