

Wniosek grupowej 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

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

1. numer księgi rejestrowej (w przypadku zmiany)			
2. organ Prowadzący P - <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
rejestr		kod izby	
nazwa okręgowej rady pielęgniarek i położnych			
3. Nazwa spółki			
4. Forma organizacyjno-prawna			
Spółka cywilna <input type="checkbox"/>		Spółka jawna <input type="checkbox"/>	
Spółka partnerska <input type="checkbox"/>			
5. Reprezentowana przez			
Imię:		Nazwisko:	
..... (nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes)			
6. numer REGON			
7. numer wpisu do rejestru przedsiębiorców, (w przypadku spółki jawnej albo partnerskiej)			
8. Lista wspólników, partnerów (dane wspólników w II części wniosku)			
1. Imię		Nazwisko	
2. Imię		Nazwisko	
3. Imię		Nazwisko	
4. Imię		Nazwisko	
5. Imię		Nazwisko	
6. Imię		Nazwisko	
7. Imię		Nazwisko	
8. Imię		Nazwisko	
9. Imię		Nazwisko	
10. Imię		Nazwisko	
9. ADRES KORESPONDENCYJNY GRUPOWEJ PRAKTYKI PIELEŃNIAREK I POŁOŻNYCH			
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. Informacja o ubezpieczeniu od odpowiedzialności cywilnej

(wypełnić tylko w sytuacji, gdy praktyka ma jedną polisę obejmującą wszystkich współników)

Zakres ubezpieczenia:

Suma gwarancyjna:

Suma ubezpieczenia:

Okres ubezpieczenia od dnia:

do dnia:

12. Dane do akredytacji w zakresie jakości udzielanych świadczeń zdrowotnych

Zakres akredytacji

Data wydania certyfikacji:

Wykaz załączników

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

1. Kserokopia umowy ubezpieczenia od odpowiedzialności cywilnej,
2. Kserokopia zaświadczenia o posiadanej specjalizacji.
3. Potwierdzenie dokonania opłaty za wpis/wpis zmian/wykreślenie z rejestru.
4. Kopia opinii sanitarnej - należy dołączyć w przypadku praktyki w gabinecie.
5. Część II – dane współnika lub partnera spółki szt.
6. Część III – 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:		