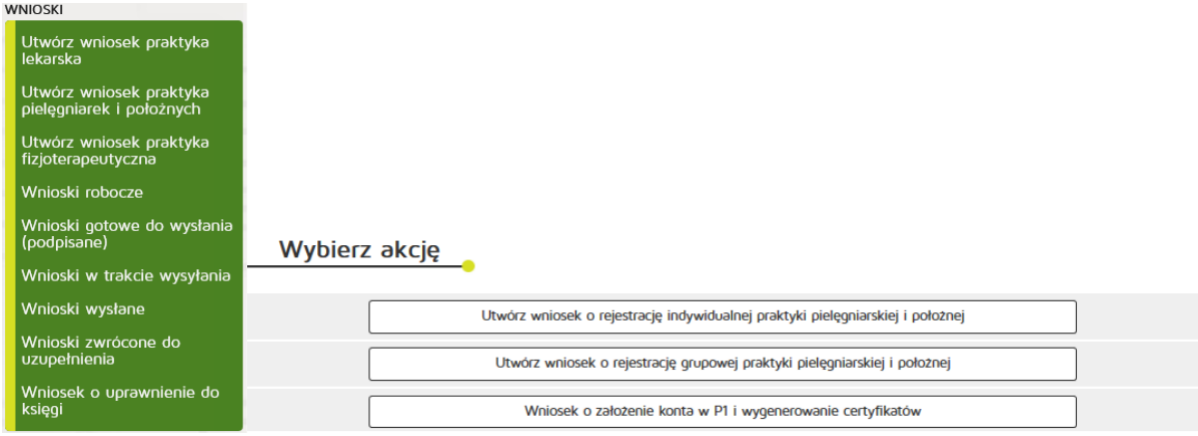
Nowy wniosek o rejestrację grupowej praktyki pielęgniarek i położnych

Aby utworzyć nowy wniosek o rejestrację grupowej praktyki pielęgniarskiej i położnej należy z menu **„Wnioski”** wybrać zakładkę **„Utwórz wniosek praktyka pielęgniarek i położnych”**. Następnie należy wcisnąć **„Utwórz wniosek o rejestrację grupowej praktyki pielęgniarskiej i położnej”**.

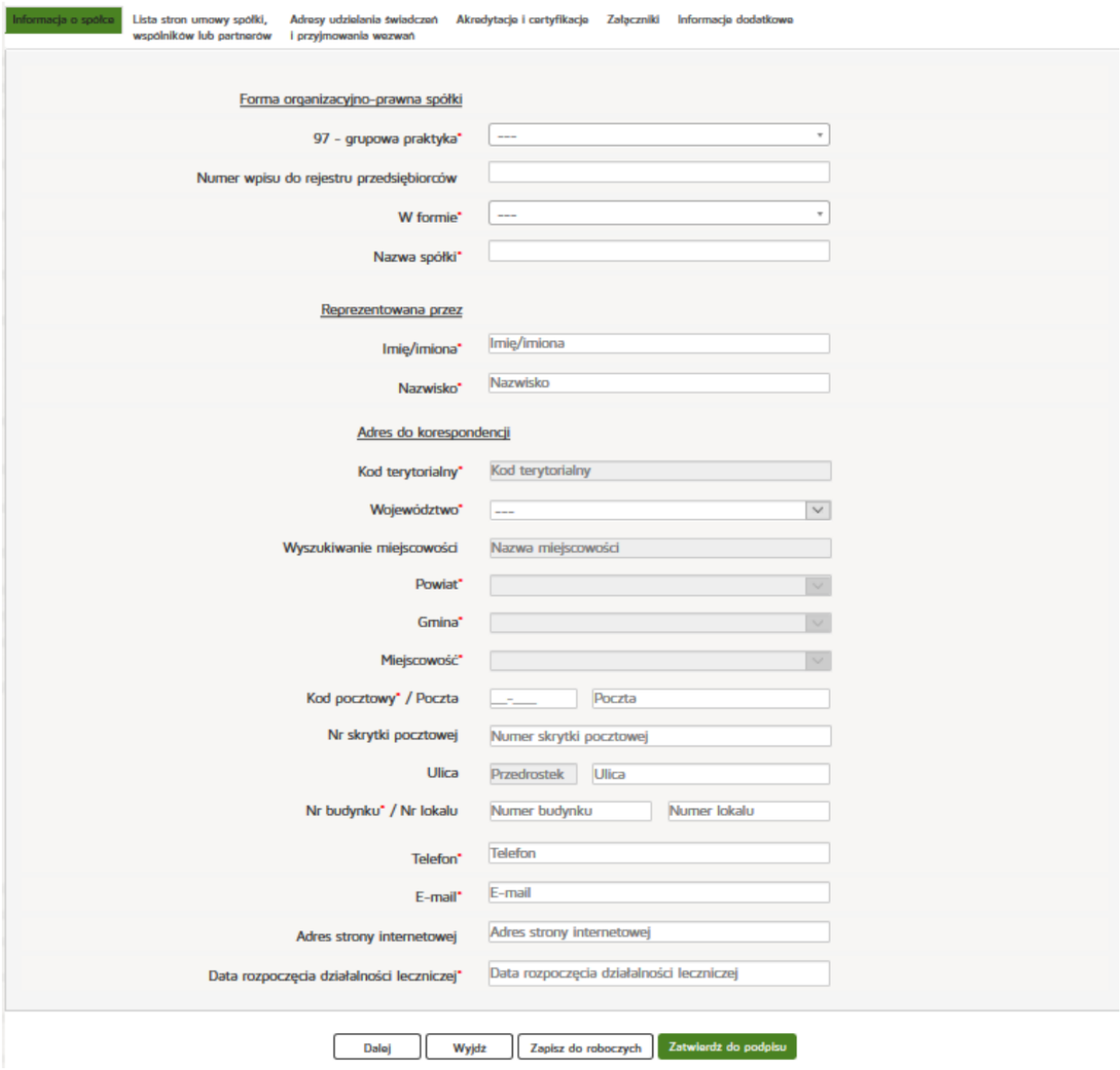


Następnie uzupełniamy dane:

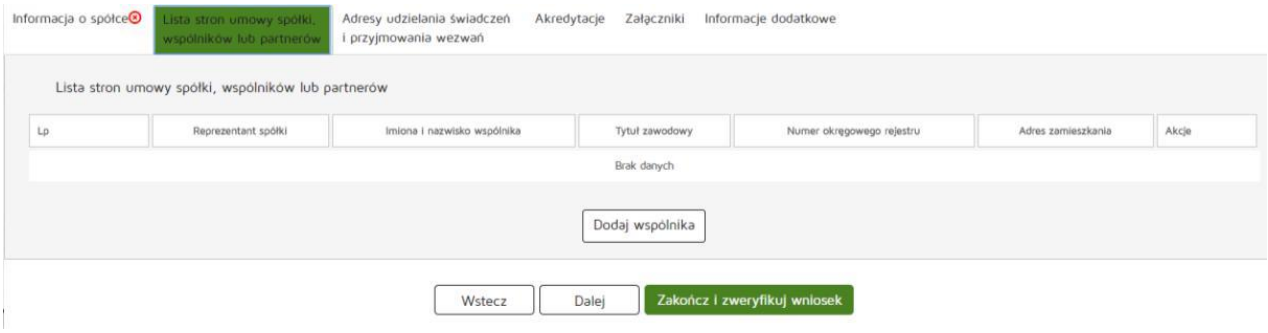
- 97 grupowa praktyka
- Numer wpisu do rejestru przedsiębiorców
- W formie
- Nazwa spółki
- Imię/imiona
- Nazwisko
- Kod terytorialny
- Województwo
- Wyszukiwanie miejscowości
- Powiat
- Gmina
- Miejscowość
- Kod pocztowy / Polska
- Nr skrytki pocztowej,
- Ulica
- Nr budynku / Nr lokalu
- Telefon
- Email
- Adres strony internetowej
- Data rozpoczęcia działalności

Zatwierdzamy wprowadzanie danych naciskając przycisk **„Dalej”**.

»



Znajdując się w zakładce **„Lista stron umowy spółki, wspólników lub partnerów”** naciskamy przycisk **„Dodaj wspólnika”**.



Następnie uzupełniamy wymagane dane:

- Reprezentant spółki
- PESEL
- Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych
- Imiona/imię
- Nazwisko
- Tytuł zawodowy
- Członek okręgowej izby pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych
- Numer wpisu do okręgowego rejestru
- NIP
- Kod terytorialny
- Województwo
- Wyszukiwanie miejscowości
- Powiat
- Gmina
- Miejscowość
- Kod pocztowy / Polska
- Nr skrytki pocztowej
- Ulica
- Nr budynku / Nr lokalu
- Telefon
- Email
- Adres strony internetowej
- Posiadane specjalizacje
- Rodzaj praktyki
- Data rozpoczęcia działalności leczniczej

Wprowadzone dane akceptujemy przyciskiem **„Dodaj”**, a następnie dodajemy kolejnego wspólnika (praktyki grupowe wymagają wprowadzenia przynamniej dwóch wspólników) i przechodzimy do kolejnej zakładki poprzez **„Dalej”**.

»

Dane strony umowy spółki, wspólników lub partnera

Dane ewidencyjne:

Reprezentant spółki	☐
PESEL	PESEL
Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych*	Numer prawa wykonywania zawodu pielęgni
Imię/imiona*	Imię/imiona
Nazwisko*	Nazwisko
Tytuł zawodowy*	---
Członek okręgowej izby pielęgniarek/pielęgniarzy i położnych*	---
Numer wpisu do okręgowego rejestru*	
Nip*	Nip Pobierz dane z CEIDG

Adres korespondencyjny

Kod terytorialny*	Kod terytorialny
Województwo*	---
Wyszukiwanie miejscowości	Nazwa miejscowości
Powiat*	
Gmina*	
Miejscowość*	
Kod pocztowy* / Poczta	__-___ Poczta
Nr skrytki pocztowej	Numer skrytki pocztowej
Ulica	Przedrostek Ulica
Nr budynku* / Nr lokalu	Numer budynku Numer lokalu
Telefon*	Telefon
E-mail*	E-mail
Adres strony internetowej	Adres strony internetowej
Posiadane specjalizacje	

Rodzaj praktyki:*

☐ 97 (95) – indywidualna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania

☐ 97 (96) – indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki wyłącznie w miejscu wezwania
w dziedzinie

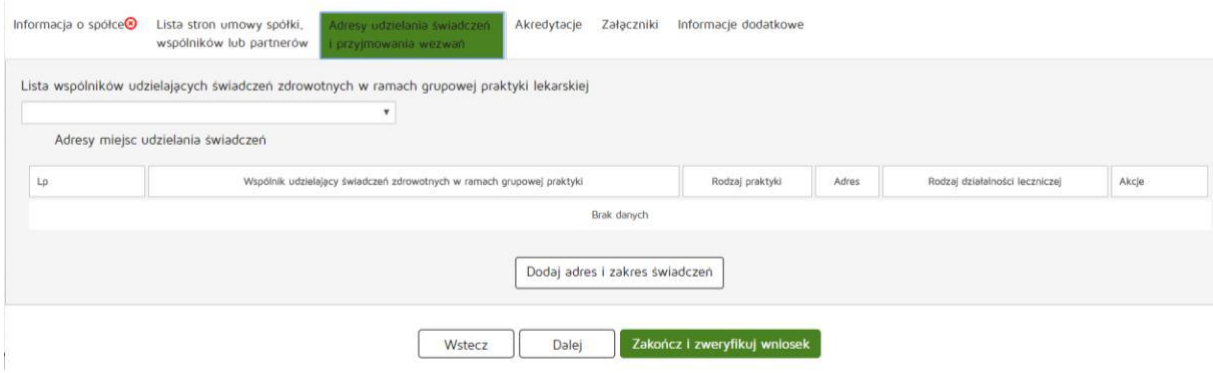
☐ 97 (98) – indywidualna praktyka pielęgniarki

☐ 97 (99) – indywidualna specjalistyczna praktyka pielęgniarki
w dziedzinie

Data rozpoczęcia działalności leczniczej*	Data rozpoczęcia działalności lecz

Dodaj Anuluj

Znajdując się w zakładce **„Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań”** najpierw wyszukujemy odpowiednią pozycję z **„Listy wspólników udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej”** a następnie naciskamy przycisk **„Dodaj adres i zakres świadczeń”**.



Następnie uzupełniamy następujące dane:

- Wspólnik udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki pielęgniarskiej
- Rodzaj praktyki pielęgniarskiej
- Rodzaj działalności leczniczej
- Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych
- Numer REGON
- Nazwa zakładu leczniczego
- Kod terytorialny
- Województwo
- Wyszukiwanie miejscowości
- Powiat
- Gmina
- Miejscowość
- Kod pocztowy / Poczta
- Nr skrytki pocztowej
- Ulica,
- Nr budynku / Nr lokalu
- Telefon
- E-mail
- Adres strony internetowej

Zatwierdzamy wprowadzone dane przyciskiem **„Dodaj”** a następnie **„Dalej”**.

»

Adres miejsca udzielania świadczeń

Wspólnik udzielający świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki pielęgniarskiej: test e-mail

Rodzaj praktyki pielęgniarskiej:* 97 (95) - indywidualna praktyka pielę...

Rodzaj działalności leczniczej*
- Ambulatoryjne świadczenie zdrowotne
- Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - inne niż szpitalne
- Stacjonarne i całodobowe świadczenie zdrowotne - szpitalne

Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych — wypełnić dla każdego rodzaju praktyki i miejsca

Pielęgnacyjnych:

Diagnostycznych:

Leczniczych:

Rehabilitacyjnych:

Edukacji zdrowotnej i promocji zdrowia:

Medycznych czynności ratunkowych:

Innych:

Adres miejsca przyjmowania wezwań

Skopiuj adres praktyki

Kod terytorialny* Kod terytorialny

Województwo* ----

Wyszukiwanie miejscowości Nazwa miejscowości

Powiat*

Gmina*

Miejscowość*

Kod pocztowy* / Poczta __-___ Poczta

Nr skrytki pocztowej Numer skrytki pocztowej

Ulica Przedrostek Ulica

Nr budynku* / Nr lokalu Numer budynku Numer lokalu

Telefon* Telefon

E-mail* E-mail

Adres strony internetowej Adres strony internetowej

☐ Taki sam jak adres miejsca przyjmowania wezwań*

Adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej

Skopiuj adres praktyki

Kod terytorialny* Kod terytorialny

Województwo* ----

Wyszukiwanie miejscowości Nazwa miejscowości

Powiat*

Gmina*

Miejscowość*

Kod pocztowy* / Poczta __-___ Poczta

Nr skrytki pocztowej Numer skrytki pocztowej

Ulica Przedrostek Ulica

Nr budynku* / Nr lokalu Numer budynku Numer lokalu

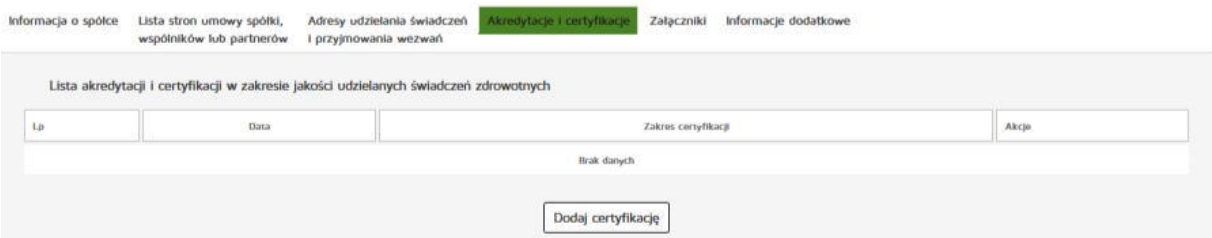
Telefon* Telefon

E-mail* E-mail

Adres strony internetowej Adres strony internetowej

Dodaj Anuluj

W kolejnym kroku przechodzimy do zakładki **„Akredytacje i certyfikacje”.** Tej zakładki nie uzupełniamy, gdyż nie dotyczy to grupowych praktyk.

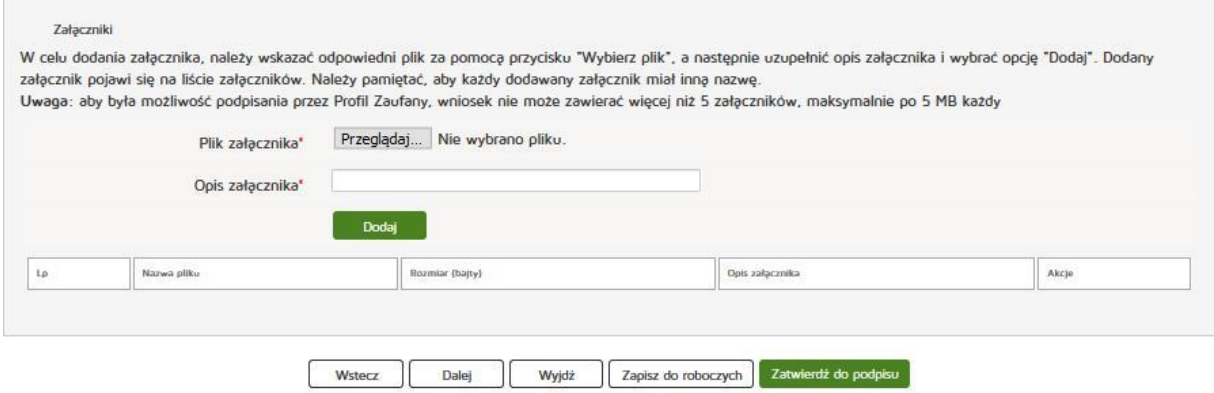


Następnie przechodzimy do zakładki **„Załączniki”**, tam poprzez naciśnięcie przycisku **„Przeglądaj”** dodajemy wybrany załącznik.

Oprócz samego załącznika dodajemy też jego opis.

- Maksymalna wielkość dokumentu: 5 MB,
- Maksymalna wielkość załącznika: 5 MB,
- Maksymalna liczba załączników: 5.

Następnie zatwierdzamy operację naciskając przycisk **„Dalej”**.



Następnie uzupełniamy dane w zakładce **„Informacje dodatkowe”**:

- Data złożenia wniosku
- Imię
- Nazwisko
- Email
- Pełniona funkcja
- Organ rejestrowy, do którego kierowany jest wniosek,
- Oświadczenie.

Czynność kończymy naciskając przycisk **„Zatwierdź do podpisu”**.

Informacja o spółce | Lista stron umowy spółki, wspólników lub partnerów | Adresy udzielania świadczeń i przyjmowania wezwań | Akredytacje i certyfikacje | Załączniki | Informacje dodatkowe

Informacje dodatkowe

Data złożenia wniosku* 2019-06-19

Osoba składająca wniosek

Imię* petentrpz

Nazwisko* Jan Nowkia

E-mail* qaaasz@wp.pl

Pełniona funkcja

Organ rejestrowy, do którego kierowany jest wniosek

Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Białej P

Oświadczenie

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia 6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny oświadczam, że:

☐ 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;*

☐ 2) 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;*

☐ 3) nie prowadzę hurtowni farmaceutycznej, hurtowni farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki ogólnodostępnej ani punktu aptecznego, a także nie wystąpiłem z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie;

☐ 4) nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi ani nie wystąpiłem z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym mowa w art. 73a ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. - Prawo farmaceutyczne.

Wstecz | Wyjdź | Zapisz do roboczych | Zatwierdź do podpisu