

**Wniosek grupowej praktyki o wykreślenie
z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą**

Data wpłynięcia wniosku

--	--	--	--	--	--	--	--

1. numer księgi rejestrowej									
2. organ prowadzący rejestr	<table style="display: inline-table; border: none;"><tr><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">2</td><td style="border: 1px solid black; width: 20px; text-align: center;">3</td></tr></table> <u>Okręgowa Izba Pielęgniarek i Położnych w Olsztynie</u> kod izby nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych	2	3						
2	3								
2. Forma organizacyjno–prawna spółki									
Spółka cywilna <input type="checkbox"/>	Spółka jawna <input type="checkbox"/>	Spółka partnerska <input type="checkbox"/>							
4. Nazwa spółki									
5. Reprezentowana przez									
Imię: Nazwisko:									
..... (nazwa pełnionej funkcji w spółce np. Prezes)									
6. Data zakończenia działalności leczniczej:									
<table style="margin-left: auto; margin-right: auto;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td><td style="width: 20px; height: 20px;"> </td></tr></table>									

OŚWIADCZENIE WNIOSKODAWCY

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą,
- znam 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		