

.....
(data złożenia wniosku w Okręgowej Radzie
Pielęgniarek i Położnych)

WNIOSEK
o wpis do rejestru podmiotów prowadzących
kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

1. Oznaczenie wnioskodawcy (organizatora kształcenia)

.....
.....

2. Adres zamieszkania lub siedziby

.....
(ulica, nr) (kod pocztowy) (miejscowość)

3. Dane kontaktowe

.....
(numer telefonu) (numer fax) (adres e-mail)
.....
(strona www)

4. Numer identyfikacji podatkowej NIP

5. Forma organizacyjno-prawna wnioskodawcy (organizatora kształcenia)

.....

6. Nr wpisu do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego

(w przypadku podmiotu podlegającemu obowiązkowi takiego wpisu)

.....

7. Rodzaj kształcenia

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Szkolenie specjalizacyjne | <input type="checkbox"/> Kurs kwalifikacyjny |
| <input type="checkbox"/> Kurs specjalistyczny | <input type="checkbox"/> Kurs doształcający |

8. Dziedzina pielęgniarstwa lub dziedzina mająca zastosowanie w ochronie zdrowia, w której ma być prowadzone kształcenie

.....
Program przeznaczony dla

9. System kształcenia

Stacjonarny

Niestacjonarny

10. Miejsce prowadzenie kształcenia

Miejsce odbywania zajęć teoretycznych:

Lp.	Miejscowość	Kod pocztowy	Adres	Nazwa placówki
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Miejsce odbywania zajęć praktycznych:

Lp.	Miejscowość	Kod pocztowy	Adres	Nazwa placówki - Oddział
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				

Oświadczenie

Działając w imieniu/imieniu własnym **

.....
.....

(oznaczenie wnioskodawcy, adres jego miejsca zamieszkania lub siedziby)

oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie kształcenia podyplomowego, określone w ustawie z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
(pieczęć imienna i podpis osoby/osób
uprawnionych do reprezentowania
wnioskodawcy wraz ze wskazaniem
pełnionej funkcji)

Załącznik:

- Dowód dokonania opłaty

** Niepotrzebne skreślić