

# Załącznik nr 5

Cześć III

Nr kolejny załącznika .....

do Wniosku praktyki o  wpis / zmianę   
do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

<input type="checkbox"/> Adres praktyki indywidualnej	<input type="checkbox"/> Adres praktyki grupowej
..... imiona i nazwisko	..... imiona i nazwisko wspólnika / partnera

Numer prawa wykonywania zawodu   P - Pielęgniarka / Pielęgniarz  
 A - Położna / Położny

**Kolejne adresy miejsc udzielanych świadczeń:**

<b>Rodzaj działalności leczniczej:</b>	
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne szpitalne <input type="checkbox"/>	Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne <input type="checkbox"/>
Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne inne niż szpitalne <input type="checkbox"/>	

<b>Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w pomieszczeniu</b>	<p style="text-align: center;"><b>Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego</b></p> <p><b>14 znakowy - numer REGON podmiotu:</b> ..... <small>(w przypadku podania 14 znakowego numeru REGON dane adresowe zostaną pobrane z elektronicznego rejestru – w takiej sytuacji informacji o danych adresowych nie wypełnia się)</small></p> <p><b>Nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego:</b> .....</p>
-----------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

<b>województwo:</b> .....		<b>powiat:</b> .....	
<b>gmina:</b> .....		<b>ulica:</b> .....	
<b>Nr domu:</b> .....	<b>Nr lokalu:</b> .....	<b>miejsowość:</b> .....	
..... kod pocztowy	..... Telefon	..... Telefon 2/ Faks	..... Telefon komórkowy
..... adres poczty elektronicznej		..... adres strony internetowej	

**Rodzaj i zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych**

(oddzielnie dla każdego rodzaju i miejsca praktyki)

Pielęgniacyjne <input type="checkbox"/>	Lecznice <input type="checkbox"/>	Rehabilitacyjne <input type="checkbox"/>	Diagnostyczne <input type="checkbox"/>
Edukacji Zdrowotnej i promocji zdrowia <input type="checkbox"/>		Medyczne czynności ratunkowe <input type="checkbox"/>	Inne <input type="checkbox"/>