

Wniosek grupowej praktyki o wykreślenie z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą

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..... | | |
| 2. organ prowadzący rejestr | <input type="text"/> <input type="text"/> kod izby nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych | |
| 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: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | | |

| | | |
|--------|--|--|
| Data: | | Imię i Nazwisko osoby składającej wniosek i oświadczenie: |
| Podpis | | |