

.....
Nazwisko i imię

.....
Miejscowość, data

.....
Adres zamieszkania

.....
Zawód

Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w.....

Wnoszę o skreślenie / wpisanie* mnie z/do* rejestru Okręgowej Izby

Pielęgniarek i Położnych w

w związku z

.....
(wypełnić w przypadku skreślenia z rejestru)
.....

Załączniki :

1. Oryginal zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu

.....
Podpis wnioskodawcy

* niepotrzebne skreślić