

.....
(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) (miejsowość)

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

- Szkolenie specjalizacyjne Kurs kwalifikacyjny
 Kurs specjalistyczny Kurs doszkalcający

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 pielęgniarstwa i położnej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1251).

.....

(miejscowość, data)

.....

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

Załącznik:

- Dowód dokonania opłaty

** Niepotrzebne skreślić