

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

**WNIOSEK**  
**w sprawie wpisu zmiany danych do rejestru podmiotów**  
**prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych**

**1. Oznaczenie wnioskodawcy (organizatora kształcenia)**

.....  
.....

**2. Numer wpisu do rejestru, którego dotyczy zgłoszenie wpisu zmiany danych do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych**

.....

**3. Nowa nazwa wnioskodawcy (organizatora kształcenia)**

.....  
.....

**4. Nowy adres siedziby wnioskodawcy (organizatora kształcenia)**

.....

|             |                |              |
|-------------|----------------|--------------|
| (ulica, nr) | (kod pocztowy) | (miejsowość) |
|-------------|----------------|--------------|

**5. Nowe dane kontaktowe (organizatora kształcenia)**

.....

|                  |             |                |
|------------------|-------------|----------------|
| (numer telefonu) | (numer fax) | (adres e-mail) |
|------------------|-------------|----------------|

.....  
(strona www)

**6. Nowy numer identyfikacji podatkowej NIP**

.....

**7. Nowa forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia**

.....

**8. Nowy nr wpisu do Rejestru Przedsiębiorców Krajowego Rejestru Sądowego**  
(w przypadku podmiotu podlegającemu obowiązkowi takiego wpisu)

.....

**9. Nowa nazwa dziedziny kształcenia**

.....

**10. Zmiana systemu kształcenia**

stacjonarny

nie stacjonarny

**11. Zmiany dotyczące miejsca prowadzenia 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 z oznaczeniem pełnionej funkcji)

### Załącznik:

- Dowód dokonania opłaty

---

\*\* Niepotrzebna skreślić