

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

.....
miejsowość, data

Dyrektor WOMP
ul. Fabryczna 70
66- 400 Gorzów Wlkp.

Zgłaszam podjęcie * /zakończenie * działalności podmiotu leczniczego sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi **w formie indywidualnej praktyki pielęgniarstwa*, indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarstwa*, grupowej praktyki pielęgniarstwa**

(Podstawa prawna: art.10 ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy Dz. U. z 2004r. Nr 125 poz.1317 ze zm.)

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego.....

.....
.....

2. Adres miejsca wykonywania praktyki.....

.....
.....

3. Imię i nazwisko pielęgniarki wykonującej zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi.....

4. Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki

5. Termin podjęcia*/zakończenia działalności podmiotu leczniczego.....

.....

6. Informacje o dodatkowych kwalifikacjach:

- Zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących*
- Dyplom pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących*

Zgłoszenia należy dokonać w ciągu 30 dni od dnia podjęcia lub zakończenia działalności.

.....
podpis i pieczęć pielęgniarki

W załączeniu:

1. wpis do ewidencji działalności gospodarczej
2. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Gorzowie Wlkp.
3. dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji
4. kopia prawa wykonywania zawodu

* właściwe podkreślić

Uwaga: zgodność kopii z oryginałem dokumentu winna być potwierdzona