

10. Miejsce prowadzenie kształcenia

Miejsce odbywania zajęć teoretycznych:

Lp.	Miejscowość	Kod pocztowy	Adres	Nazwa placówki
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				

Miejsce odbywania zajęć praktycznych:

Lp.	Miejscowość	Kod pocztowy	Adres	Nazwa placówki - Oddział
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				

11. 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 pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014 r. poz. 1435 ze zm.).

.....
(miejscowość, data)

.....
pieczęć imienna i podpis osoby/osób
uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy
wraz z oznaczeniem pełnionej funkcji

Do wniosku należy dołączyć:

1. Zaświadczenie o wpisie do Krajowego Rejestru Sądowego albo zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

** - niepotrzebne skreślić.