
pieczęć organizatora kształcenia

.....
(pieczęć
Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych)

.....
(data złożenia wniosku w Małopolskiej
Okręgowej Izbie Pielęgniarek i Położnych)

WNIOSEK
o zgłoszenie zmian wpisu / wykreślenie wpisu
do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe
pielęgniarek i położnych

WYKREŚLENIE

ZGŁOSZENIE ZMIAN WPISU¹

CZEŚĆ A²

1. Oznaczenie wnioskodawcy (organizatora kształcenia)

2. Numer wpisu do rejestru, którego dotyczy zgłoszenie zmian wpisu/wykreślenie: _____

CZEŚĆ B³ ZMIANA WPISU

I. Zmiany dotyczące wnioskodawcy (organizatora kształcenia)

1. Nowa nazwa wnioskodawcy (organizatora kształcenia)

2. Nowy adres siedziby wnioskodawcy (organizatora kształcenia)

_____ (ulica, nr) _____ (kod pocztowy) _____ (miejscowość)

3. Nowe dane kontaktowe (organizatora kształcenia)

_____ (numer telefonu) _____ (numer fax) _____ (adres e-mail)
_____ (strona www)

4. Nowy numer identyfikacji podatkowej NIP

1 Należy zaznaczyć znakiem X właściwy cel złożenia wniosku.

2 Część A i C wspólna dla wniosków o zmianę wpisu i wykreślenie.

3 Wypełnia się tylko w przypadku wniosku o zmianę wpisu

5. Nowa forma organizacyjno-prawna wnioskodawcy (organizatora kształcenia)

6. Nowy nr wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego/ewidencji działalności gospodarczej*

II. Zmiany dotyczące kształcenia

1. Dziedzina pielęgniarstwa lub dziedzina mająca zastosowanie w ochronie zdrowia, w której ma być prowadzone kształcenie

Program przeznaczony dla:

pielęgniarzek

położnych

2. Rodzaj kształcenia

Szkolenie specjalizacyjne

Kurs kwalifikacyjny

Kurs specjalistyczny

Kurs doszkalcący

3. System kształcenia

Stacjonarny

Niestacjonarny

III. Zmiany dotyczące miejsca prowadzenia kształcenia

Proszę o **wykreślenie** adresu realizacji zajęć teoretycznych:

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

Proszę o **wpisanie** adresu realizacji zajęć teoretycznych:

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

Proszę o **wykreślenie** adresu realizacji zajęć praktycznych:

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

Proszę o **wpisanie** adresu realizacji zajęć praktycznych:

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

CZEŚĆ C⁴ 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.