

WNIOSEK

do Małopolskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w Krakowie
o nadanie dostępu do Serwisu ibuk.pl

Nazwisko i imię:

Nr pwz

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres email^{*1}:

Załączniki:

1. Arkusz zgłoszeniowy / aktualizacyjny danych osobowych w rejestrze pielęgniarek, rejestrze położnych.
2. Zaświadczenie o opłacaniu składek za ostatnie 3 lata.

Informacja o administratorze danych

1. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie
2. Adres siedziby administratora danych ul. Szlak 61, 31-153 Kraków

Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną informacji dotyczących działalności samorządu zawodowego, w szczególności komunikatów dotyczących dostępu do Serwisu Ibuk.pl.

Oświadczam, iż będę korzystała \ korzystał z Serwisu Ibuk.pl zgodnie z regulaminem zamieszczonym na stronie pod adresem www.ibuk.pl. W przypadku korzystania niezgodnego z regulaminem konto użytkownika może być zablokowane przez administratora serwisu.

Miejscowość, data

Podpis

^{*1} Na podany adres email zostanie przesłany kod umożliwiający założenie konta w Serwisie ibuk.pl

ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY*
DANYCH OSOBOWYCH
W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH*
PROWADZONYM PRZEZ
MAŁOPOLSKĄ OKRĘGOWĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KRAKOWIE.

CZEŚĆ 1¹

DANE OSOBOWE																					
Nazwisko				Imiona																	
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																				
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość ²				Kraj wydania dokumentu																	
Data urodzenia	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		Miejsce urodzenia	Miejscowość	
Numer p wz ³	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																		Gmina		
								Województwo													

CZEŚĆ 2⁴

A. Zmiana **Bez zmian**

Imię drugie			Nazwisko poprzednie																	
Nazwisko rodowe			Płeć																	
Imię ojca			Imię matki																	
Posiadane obywatelstwa			NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																
			Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	Nie dotyczy																
		Uregulowany																		
				Nieuregulowany																

B. Zmiana **Bez zmian**

DANE TELEADRESOWE																				
Adres zameldowania																				
Ulica			Numer																	
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																	Miejscowość		
Gmina			Powiat																	
Województwo			Kraj																	
Poczta																				
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)																				
Ulica			Numer																	
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td><td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>																	Miejscowość		
Gmina			Powiat																	
Województwo			Kraj																	
Poczta																				
DANE KONTAKTOWE																				
Telefon			Telefon kom.																	
Adres e-mail																				

* Niepotrzebne skreślić

¹ Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego

² Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL

³ W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu

⁴ Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

C. Zmiana Bez zmian

DANE ZAWODOWE		
Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania		
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa:	
	Symbol zagranicznego dokumentu:	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu		

D. Zmiana Bez zmian

DANE O STAŻU PODYPLOMOWYM			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
Data rozpoczęcia	<input type="text"/>	Data zakończenia	<input type="text"/>

E. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

F. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G. Zmiana Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

H. Zmiana Bez zmian

DANE O KURSACH			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Organizator:			
Zakres / uwagi:			

I. Zmiana Bez zmian

Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nazwa organu nadającego stopień:

J. Zmiana Bez zmian

Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):
Dziedzina stopnia naukowego:
Data uzyskania: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
Nazwa organu nadającego tytuł:

K. Zmiana Bez zmian

DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU	
Data rozpoczęcia: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

L. Zmiana Bez zmian

DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU	
Data rozpoczęcia: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Data zakończenia: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>

M. Zmiana Bez zmian

INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ		
Data uzyskania wpisu: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	Numer księgi	

Informacja o administratorze danych

3. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – art. 48. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039)
4. Administratorem danych osobowych jest Przewodniczący Małopolskiej Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w Krakowie
5. Adres siedziby administratora danych ul. Szlak 61, 31-153 Kraków.

Jednocześnie oświadczam, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 178 poz. 1038), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu, sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską,
- aktualizować dane osobowe zawarte w rejestrze pielęgniarek / rejestrze położnych,
- z chwilą podjęcia pracy zawodowej lub innej zmiany, zobowiązuję się w ciągu 14 dni powiadomić o zaistniałych zmianach Małopolską Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w Krakowie.

Data

.....
Podpis wnioskodawcy

Pouczenie: Nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038).

Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytych stażach podyplomowych - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).

WKŁADKA DODATKOWA, DLA OSÓB AKTUALIZUJĄCYCH W PRZYPADKU WIĘKSZEJ ILOŚCI DANYCH O WYKSZTAŁCENIU, ZATRUDNIENIU I SPECJALIZACJI.

E 2. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU					
Stanowisko					
Data zatrudnienia, od:			do:		
Nazwa firmy pełna:					
Typ zakładu		<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny	
Numer telefonu			Fax		
NIP			Regon		
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)					
ul. / nr / nr lokalu					
Miejscowość			Województwo		
kod pocztowy		<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poczta					

E 2. Zmiana Bez zmian

DANE O ZATRUDNIENIU					
Stanowisko					
Data zatrudnienia, od:			do:		
Nazwa firmy pełna:					
Typ zakładu		<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny	
Numer telefonu			Fax		
NIP			Regon		
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)					
ul. / nr / nr lokalu					
Miejscowość			Województwo		
kod pocztowy		<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Poczta					

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELEŃNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<p style="text-align: center;">Uzyskany tytuł zawodowy</p> <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> licencjat magister <input type="checkbox"/>			
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy		<input type="text"/>	- <input type="text"/>
Poczta			
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2. Zmiana Bez zmian

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G 2. Zmiana Bez zmian

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	