….....................................................................................

(data złożenia wniosku w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych)

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

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

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

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

......................................................................................................................................................

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

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| (ulica, nr) | (kod pocztowy) | (miejscowość) |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ………………………………. | ………………………………. | ………………………………. |
| (numer telefonu) | (numer fax) | (adres e-mail) |
|  | ………………………………. |  |
|  | (strona www) |  |

1. **Nowy numer identyfikacji podatkowej NIP**

.....................................................................................................................................................

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

.....................................................................................................................................................

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

.....................................................................................................................................................

1. **Nowa nazwa dziedziny kształcenia**

.....................................................................................................................................................

1. **Zmiana systemu kształcenia**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  stacjonarny | [ ]  nie stacjonarny |

1. **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 [[1]](#footnote-1)\*\*

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................

(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)

**Załącznik:**

- Dowód dokonania opłaty

1. \*\* Niepotrzebna skreślić [↑](#footnote-ref-1)