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

(data złożenia wniosku w Naczelnej Radzie Pielęgniarek i Położnych)

WNIOSEK
o wpis do rejestru podmiotów prowadzących
kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

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

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

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

1. **Adres zamieszkania lub siedziby**

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

1. **Dane kontaktowe**

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

1. **Numer identyfikacji podatkowej NIP** ….. ....................................................................
2. **Forma organizacyjno-prawna wnioskodawcy (organizatora kształcenia)**

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

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

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

1. **Rodzaj kształcenia**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ]  Szkolenie specjalizacyjne  | [ ]  Kurs kwalifikacyjny |
| [ ]  Kurs specjalistyczny | [ ]  Kurs dokształcający |

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

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

Program przeznaczony dla ……………………………………………………………………...

1. **System kształcenia**

|  |  |
| --- | --- |
|  [ ]  Stacjonarny | [ ]  Niestacjonarny |

1. **Miejsce prowadzenie 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 ze wskazaniem pełnionej funkcji)

**Załącznik:**

- Dowód dokonania opłaty

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