.....
miejscowość, data

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

Dyrektor/Dyrektor Oddziału w.....**
Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

Zgłaszam podjęcie*/ zakończenie* działalności podmiotu leczniczego sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi **w formie indywidualnej praktyki pielęgniarskiej/indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarskiej /grupowej praktyki pielęgniarskiej**

Podstawa prawna: art 10 ustawy z dnia 27.06.1997r o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. 2004 Nr 125, poz.1317 z póź. zm.)

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego
   .....
   .....
2. Adres miejsca wykonywania praktyki
   .....
   .....
3. Imię i nazwisko pielęgniarki wykonującej zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi
   .....
   .....
4. Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki.....
5. Termin podjęcia*/zakończenia* działalności podmiotu leczniczego
   .....
6. Informacje o dodatkowych kwalifikacjach:
   - Zaświadczenie o ukończeniu kursu kwalifikacyjnego w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących*
   - Dyplom uzyskania tytułu pielęgniarki specjalistki w dziedzinie pielęgniarstwa w ochronie zdrowia pracujących*

Zgłoszenia należy dokonać w ciągu **30 dni** od dnia podjęcia lub zakończenia działalności.

.....
pieczęć i podpis lekarza

<u>W załączeniu:</u>

1. wpis do ewidencji działalności gospodarczej
2. zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
3. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk pielęgniarskich Dolnośląskiej Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych we Wrocławiu
4. dokument potwierdzający posiadanie dodatkowych kwalifikacji

* właściwe podkreślić

**Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy- siedziba: ul. Joannitów 10-12, 50-525 Wrocław
Oddział Jelenia Góra: ul. Groszowa 1, 58-500 Jelenia Góra
Oddział Lubin: ul. Sienkiewicza 4, 59-300 Lubin
Oddział Wałbrzych: ul. B. Chrobrego 36, 58-300 Wałbrzych