

Załącznik nr 2 do uchwały nr 110/VII/2016 z dnia 23 czerwca 2016 r. w sprawie przyjęcia ramowych wzorów dokumentów do prowadzenia rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

.....  
 (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)**

.....  
 .....

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

.....

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

.....  
 .....

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

.....	.....	.....
(ulica, nr)	(kod pocztowy)	(miejsowość)

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

.....	.....	.....
(numer telefonu)	(numer fax)	(adres e-mail)

.....  
 (strona www)

**6. Nowy numer identyfikacji podatkowej NIP**

.....

Załącznik nr 2 do uchwały nr 110/VII/2016 z dnia 23 czerwca 2016 r. w sprawie przyjęcia ramowych wzorów dokumentów do prowadzenia rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe pielęgniarek i położnych

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

.....

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

.....

**9. Nowa nazwa dziedziny kształcenia**

.....

**10. Zmiana systemu kształcenia**

stacjonarny

nie stacjonarny

**11. 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 \*\*

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

(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 pielęgniarstwa i położnej ((Dz. U. Nr 174 poz. 1039 z późn. zm.).

Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie danych osobowych zgodnie z Rozporządzeniem Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych).

### Informacja o administratorze danych

1. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych we Włocławku.
2. Adres siedziby administratora danych: 87-800 Włocławek, ul. Dziewińska 17.

.....

(miejsowość, data)

.....

(pieczęć imienna i podpis osoby/osób uprawnionych do reprezentowania wnioskodawcy wraz z oznaczeniem pełnionej funkcji)

### Załącznik:

- Dowód dokonania opłaty

---

\*\* Niepotrzebna skreślić