



Okręgowa Izba
Pielęgniarek i Położnych
w Wałbrzychu

ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „E”

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):																					
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

Informacja o uzyskanym wpisie do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą:

Data uzyskania wpisu:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Numer księgi:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				

Dane o aktualnym zatrudnieniu:

Stanowisko:																																										
Data zatrudnienia od:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Data zatrudnienia do:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																					<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																				
Nazwa firmy pełna:																																										
NIP:	Regon:																																									
Typ zakładu pracy:																																										
<input type="checkbox"/> Publiczny <input type="checkbox"/> Niepubliczny <input type="checkbox"/> Inny																																										
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):																																										
Adres zakładu:																																										
Województwo:	Powiat:	Gmina:																																								
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:																																								
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:																																								
Numer telefonu	Fax																																									

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy



ARKUSZ AKTUALIZACYJNY DANYCH OSOBOWYCH W OKRĘGOWYM REJESTRZE cz. „F”

Dane identyfikacyjne:

Nazwisko i imię (imiona):											
Numer Prawa Wykonywania Zawodu:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

Dane o zatrudnieniu:

Stanowisko:											
Data zatrudnienia od:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
Data zatrudnienia do:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
Nazwa firmy pełna:											
NIP:	Regon:										
Typ zakładu pracy:											
<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny									
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):											
Adres zakładu:											
Województwo:	Powiat:	Gmina:									
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:									
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:									
Numer telefonu	Fax										

Dane o zatrudnieniu:

Stanowisko:											
Data zatrudnienia od:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
Data zatrudnienia do:	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>					<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>			<table border="1"><tr><td></td><td></td></tr></table>		
Nazwa firmy pełna:											
NIP:	Regon:										
Typ zakładu pracy:											
<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny									
Podtyp zakładu (szpital, dps, itp.):											
Adres zakładu:											
Województwo:	Powiat:	Gmina:									
Ulica:	Nr domu:	Nr lokalu:									
Kod pocztowy:	Miejscowość:	Poczta:									
Numer telefonu	Fax										

Miejscowość, data Podpis Wnioskodawcy