



Wniosek o nadanie OID

Dla praktyki zawodowej pielęgniarek i położnych (indywidualnej lub grupowej):

Nazwisko i imię/Nazwa:

Ulica, nr domu, nr lokalu:

Kod, miejscowość:

Adres e-mail:

Telefon kontaktowy:

Strona www:

Nr księgi rejestrowej:

Organ rejestrowy (proszę zaznaczyć krzyżykiem w kratce po lewej stronie od nazwy):

<input type="checkbox"/>	P-01 OIPiP w Białej Podlaskiej	<input type="checkbox"/>	P-16 OIPiP w Koszalinie	<input type="checkbox"/>	P-31 OIPiP w Rzeszowie
<input type="checkbox"/>	P-02 OIPiP w Białymstoku	<input type="checkbox"/>	P-17 OIPiP w Krakowie	<input type="checkbox"/>	P-32 OIPiP w Siedlcach
<input type="checkbox"/>	P-03 OIPiP w Bielsku-Białej	<input type="checkbox"/>	P-18 OIPiP w Krośnie	<input type="checkbox"/>	P-33 OIPiP w Sieradzu
<input type="checkbox"/>	P-04 OIPiP w Bydgoszczy	<input type="checkbox"/>	P-19 OIPiP w Lesznie	<input type="checkbox"/>	P-34 OIPiP w Słupsku
<input type="checkbox"/>	P-05 OIPiP w Chełmie	<input type="checkbox"/>	P-20 OIPiP w Lublinie	<input type="checkbox"/>	P-35 OIPiP w Suwałkach
<input type="checkbox"/>	P-06 OIPiP w Ciechanowie	<input type="checkbox"/>	P-21 OIPiP w Łomży	<input type="checkbox"/>	P-36 OIPiP w Szczecinie
<input type="checkbox"/>	P-07 OIPiP w Częstochowie	<input type="checkbox"/>	P-22 OIPiP w Łodzi	<input type="checkbox"/>	P-37 OIPiP w Nowym Sączu
<input type="checkbox"/>	P-08 OIPiP w Elblągu	<input type="checkbox"/>	P-23 OIPiP w Olsztynie	<input type="checkbox"/>	P-38 OIPiP w Tarnowie
<input type="checkbox"/>	P-09 OIPiP w Gdańsku	<input type="checkbox"/>	P-24 OIPiP w Opolu	<input type="checkbox"/>	P-39 OIPiP w Toruniu
<input type="checkbox"/>	P-10 OIPiP w Gorzowie Wlkp.	<input type="checkbox"/>	P-25 OIPiP w Ostrołęce	<input type="checkbox"/>	P-40 OIPiP w Wałbrzychu
<input type="checkbox"/>	P-11 OIPiP w Jeleniej Górze	<input type="checkbox"/>	P-26 OIPiP w Pile	<input type="checkbox"/>	P-41 OIPiP w Warszawie
<input type="checkbox"/>	P-12 OIPiP w Kaliszu	<input type="checkbox"/>	P-27 OIPiP w Płocku	<input type="checkbox"/>	P-42 OIPiP we Włocławku
<input type="checkbox"/>	P-13 OIPiP w Katowicach	<input type="checkbox"/>	P-28 OIPiP w Poznaniu	<input type="checkbox"/>	P-43 OIPiP we Wrocławiu
<input type="checkbox"/>	P-14 OIPiP w Kielcach	<input type="checkbox"/>	P-29 OIPiP w Przeworsku	<input type="checkbox"/>	P-44 OIPiP w Zamościu
<input type="checkbox"/>	P-15 OIPiP w Koninie	<input type="checkbox"/>	P-30 OIPiP w Radomiu	<input type="checkbox"/>	P-45 OIPiP w Zielonej Górze

Dane osoby zgłaszającej (tylko w przypadku praktyk grupowych):

Nazwisko i imię:

Adres e-mail:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że :

- powyższe dane są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym
- wnioskodawca nie otrzymał wcześniej własnego identyfikatora OID

(miejscowość, data)

(podpis)

