

WNIOSEK

Nazwisko i imię:

Data urodzenia: Miejsce urodzenia:

PESEL

Numer prawa wykonywania zawodu:

Wnoszę o skreślenie z listy członków /wpisanie na listę członków* Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w

Skreślenie następuje z powodu:

 przeniesienia się na teren działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych
 zrzeczenia się prawa wykonywania zawodu,

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

1. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu o numerze
2. **w przypadku** Zgłoszenie aktualizacyjne danych osobowych zawartych w rejestrze okręgowej izby pielęgniarek i położnych –

Wnoszę o wydanie duplikatu zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki / zawodu położnej*.

Wniosek motywuję tym, że zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu

Seria ...Nr Numer prawa wykonywania zawodu

Wydane przez

Zostało:

zagubione skradzione zniszczone

Miejscowość, data Podpis

Oświadczam, że zaprzestaję wykonywać zawód pielęgniarki / zawód położnej* na czas nieokreślony od

Miejscowość, data Podpis

Załączniki:

1. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu o numerze

POTWIERDZENIE

Potwierdzam ** odbiór zaświadczenia / duplikatu zaświadczenia* o prawie wykonywania zawodu pielęgniarki / zawodu położnej* o numerze

.....
Miejscowość i data

.....
Podpis

Pouczenie

Zgodnie z art. 9 pkt 4 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991r. Nr 41, poz. 178 ze zm.) regularne opłacanie składki członkowskiej jest obowiązkowe.

Zgodnie z art. 59 ustawy z dnia 19 kwietnia 1991 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. z 1991r. Nr 41, poz. 178 ze zm.), nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściąganiu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji.

* Niepotrzebne skreślić

** Wypełnia pielęgniarka / położna w przypadku odbioru zaświadczenia z dokonanymi wpisami lub wydanym duplikacie