……………………………………..

*(miejscowość, data)*

Niniejszym, na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 8 września 2015r. w sprawie ogólnych warunków umów o udzielanie świadczeń zdrowotnych informuję, iż w ………………….. *(nazwa i adres świadczeniodawcy)* o liczbie pielęgniarek i położnych wykonujących u tego świadczeniodawcy zawód w rozumieniu art. 19 ust. 1 pkt 1-3 ustawy z dnia 15 lipca 2011r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2014r. poz. 1435, z późn. zm.), i realizujących świadczenia opieki zdrowotnej oraz w formie indywidualnej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego albo indywidualnej specjalistycznej praktyki pielęgniarki i położnej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **l.p.** | **Grupa****zawodowa** | **Numer prawa wykonywania zawodu pielęgniarki/położnej** | **Forma zatrudnienia** | **Wymiar etatu/****równoważnik etatu** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |