

Uchwała.....z dnia.....

1 Nr rejestru

2 Data wydania

3.Nr zaświadczenia

4 Seria i numer dokumentu

WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z OKRĘGOWEGO REJESTRU

OKRĘGOWA IZBA PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W KROŚNIE

.....
nazwa okręgowej izby pielęgniarek i położnych

Nazwisko i imię (imiona):

Nr PESEL:

Numer prawa wykonywania zawodu:

Wnoszę o wykreślenie*

- z rejestru, z powodu przeniesienia na obszar działania Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w
- z rejestru, z powodu wykonywania zawodu wyłącznie poza terytorium Rzeczypospolitej Polskiej w
(nazwa kraju)

Miejscowość, data Podpis

W celu dokonania odpowiedniego wpisu w zaświadczeniu o prawie wykonywania zawodu, należy oryginał zaświadczenia dołączyć do wniosku.

Potwierdzenie odbioru zaświadczenia

Niniejszym potwierdzam odbiór:

- zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu Seria Nr
- uchwały nr z dnia

Data

Podpis