

## WNIOSEK

do Okręgowej Izby Pielęgniarek i Położnych w .....  
o nadanie dostępu do Serwisu ibuk.pl

Nazwisko i imię: .....

Nr pwz 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nr PESEL 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Adres email<sup>\*1</sup>: .....

---

### Załączniki:

1. Arkusz zgłoszeniowy / aktualizacyjny danych osobowych w rejestrze pielęgniarek, rejestrze położnych.
2. Zaświadczenie o opłacaniu składek za ostatnie 3 lata.

### Informacja o administratorze danych

1. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w .....
2. Adres siedziby administratora danych .....

Wyrażam zgodę na przesyłanie drogą elektroniczną informacji dotyczących działalności samorządu zawodowego, w szczególności komunikatów dotyczących dostępu do Serwisu Ibuk.pl.

**Oświadczam, iż będę korzystała \ korzystał z Serwisu Ibuk.pl zgodnie z regulaminem** zamieszczonym na stronie pod adresem [www.ibuk.pl](http://www.ibuk.pl). W przypadku korzystania niezgodnego z regulaminem konto użytkownika może być zablokowane przez administratora serwisu.

Miejscowość, data .....

Podpis .....

---

\*1 Na podany adres email zostanie przesłany kod umożliwiający założenie konta w Serwisie ibuk.pl

**ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY / AKTUALIZACYJNY\***  
**DANYCH OSOBOWYCH**  
**W REJESTRZE PIEŁĘGNIAREK, REJESTRZE POŁOŻNYCH\***  
**PROWADZONYM PRZEZ**  
**OKRĘGOWĄ RADĘ PIEŁĘGNIAREK I POŁOŻNYCH W .....**

**CZEŚĆ 1<sup>1</sup>**

DANE OSOBOWE																							
Nazwisko				Imiona																			
PESEL	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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> </tr> </table>																						
Nazwa i numer dokumentu potwierdzającego tożsamość <sup>2</sup>				Kraj wydania dokumentu																			
Data urodzenia	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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> </tr> </table>					-			-									Miejsce urodzenia	Miejscowość				
		-			-																		
Numer p wz <sup>3</sup>	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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> </tr> </table>																	Gmina					
						Województwo																	

**CZEŚĆ 2<sup>4</sup>****A.**

Imię drugie			Nazwisko poprzednie																
Nazwisko rodowe			Płeć																
Imię ojca			Imię matki																
Posiadane obywatelstwa			NIP (jeżeli został nadany)	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <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> </tr> </table>															
			Stosunek do służby wojskowej (w przypadku obywateli RP) – właściwe zaznaczyć znakiem X	Nie dotyczy															
		Uregulowany																	
				Nieuregulowany															

**B.**

DANE TELEADRESOWE														
Adres zameldowania														
Ulica				Numer										
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					-						Miejscowość		
		-												
Gmina				Powiat										
Województwo				Kraj										
Poczta														
Adres zamieszkania (wypełnić tylko w przypadku, gdy jest inny niż zameldowania)														
Ulica				Numer										
Kod	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td></td><td></td><td>-</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>					-						Miejscowość		
		-												
Gmina				Powiat										
Województwo				Kraj										
Poczta														
DANE KONTAKTOWE														
Telefon				Telefon kom.										
Adres e-mail														

\* Niepotrzebne skreślić

<sup>1</sup> Wypełnia się w przypadku zgłoszenia i zgłoszenia aktualizacyjnego<sup>2</sup> Wypełnia się w przypadku braku numeru PESEL<sup>3</sup> W przypadku posiadania prawa wykonywania zawodu<sup>4</sup> Wypełnia się tylko te pole, które uległy zmianie, zaznaczając X pole „Zmiana”

## C.

DANE ZAWODOWE		
Numery poprzednich zaświadczeń o prawie wykonywania zawodu z określeniem organu wydającego zaświadczenie i daty wydania		
Zagraniczne prawo wykonywania zawodu	Kraj zagranicznego prawa:	
	Symbol zagranicznego dokumentu:	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu		

## D.

DANE O STAŻU PODYPLOMOWYM			
Nazwa firmy/podmiotu pełna			
NIP		Regon	
ul. / nr		lokal	
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	
Data rozpoczęcia	<input type="text"/>	Data zakończenia	<input type="text"/>

## E.

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

DANE O ZATRUDNIENIU			
Stanowisko			
Data zatrudnienia, od:		do:	
Nazwa firmy pełna:			
Typ zakładu	<input type="checkbox"/> Publiczny	<input type="checkbox"/> Niepubliczny	<input type="checkbox"/> Inny
Numer telefonu		Fax	
NIP		Regon	
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)			
ul. / nr / nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/>	Poczta	

F.

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G.

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
Numer dyplomu		Data wystawienia	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

H.

DANE O KURSACH			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Organizator:			
Zakres / uwagi:			
Kwalifikacyjny	Specjalistyczny		
Data rozpoczęcia i ukończenia:	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Organizator:			
Zakres / uwagi:			

I.

<b>Uzyskany stopień naukowy (np. doktor, doktor habilitowany):</b>
<b>Dziedzina stopnia naukowego:</b>
<b>Data uzyskania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Nazwa organu nadającego stopień:</b>

J.

<b>Uzyskany tytuł naukowy (np. profesor):</b>
<b>Dziedzina stopnia naukowego:</b>
<b>Data uzyskania:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<b>Nazwa organu nadającego tytuł:</b>

K.

<b>DANE O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA ZAWODU</b>	
<b>Data rozpoczęcia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Data zakończenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

L.

<b>DANE ZAWIESZENIU PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU</b>	
<b>Data rozpoczęcia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Data zakończenia:</b> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

M.

<b>INFORMACJA O UZYSKANYM WPISIE DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ</b>		
<b>Data uzyskania wpisu</b>	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<b>Numer księgi</b>

#### Informacja o administratorze danych

3. Podstawa prawna przetwarzania danych osobowych – art. 48. ustawy z dnia 15 lipca 2011 r. o zawodach pielęgniarki i położnej (Dz. U. z 2011 r. Nr 174, poz. 1039)
4. Administratorem danych osobowych jest Przewodnicząca Okręgowej Rady Pielęgniarek i Położnych w .....
5. Adres siedziby administratora danych .....

**Jednocześnie oświadczam**, że zgodnie z art. 11 ust. 2 pkt 1 - 5 ustawy o samorządzie pielęgniarek i położnych z dnia 1 lipca 2011 roku (Dz. U. Nr 178 poz. 1038), **zobowiązuję się do:**

- postępowania zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz zasadami wykonywania zawodu, sumiennie wykonywać obowiązki zawodowe i przestrzegać uchwał organów izby,
- regularnie opłacać składkę członkowską,
- aktualizować dane osobowe zawarte w rejestrze pielęgniarek / rejestrze położnych,
- z chwilą podjęcia pracy zawodowej lub innej zmiany, zobowiązuję się w ciągu 14 dni powiadomić o zaistniałych zmianach Okręgową Radę Pielęgniarek i Położnych w .....

Data .....

.....  
Podpis wnioskodawcy

**Pouczenie:** Nie opłacone w terminie składki członkowskie podlegają ściągnięciu w trybie przepisów o postępowaniu egzekucyjnym w administracji - art. 92 Ustawy z dnia 1 lipca 2011 roku o samorządzie pielęgniarek i położnych (Dz. U. Nr 174 poz. 1038).

#### Załączniki:

1. Ksero dowodu osobistego - oryginał do wglądu.
2. Ksero zaświadczenia o odbytych stażach podyplomowych - oryginał do wglądu.
3. Ksero dokumentów potwierdzających uzyskane kwalifikacje.
4. Oryginał zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu (w przypadku zmiany danych osobowych, które podlegają wpisowi do zaświadczenia).

E 2.

DANE O ZATRUDNIENIU							
Stanowisko							
Data zatrudnienia, od:			do:				
Nazwa firmy pełna:							
Typ zakładu		<input type="checkbox"/>	Publiczny	<input type="checkbox"/>	Niepubliczny	<input type="checkbox"/>	Inny
Numer telefonu			Fax				
NIP			Regon				
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)							
ul. / nr / nr lokalu							
Miejscowość			Województwo				
kod pocztowy		<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Poczta	

E 2.

DANE O ZATRUDNIENIU							
Stanowisko							
Data zatrudnienia, od:			do:				
Nazwa firmy pełna:							
Typ zakładu		<input type="checkbox"/>	Publiczny	<input type="checkbox"/>	Niepubliczny	<input type="checkbox"/>	Inny
Numer telefonu			Fax				
NIP			Regon				
Podtyp firmy (szpital, dps, itp.)							
ul. / nr / nr lokalu							
Miejscowość			Województwo				
kod pocztowy		<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	Poczta	

F 2.

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIELEŃNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
Uzyskany tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> licencjat <input type="checkbox"/> magister			
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy		<input type="text"/>	Poczta
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2.

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIEŁĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

F 2.

DANE O UKOŃCZENIU SZKOŁY PIEŁĘGNIARSKIEJ, POŁOŻNICZEJ			
<input type="checkbox"/> pielęgniarka / położna <input type="checkbox"/> licencjat		Uzyskany tytuł zawodowy pielęgniarka / położna dyplomowana <input type="checkbox"/> magister <input type="checkbox"/>	
Nazwa szkoły			
Ulica, nr domu, nr lokalu			
Miejscowość		Województwo	
kod pocztowy	<input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Poczta	
Kraj		Rok ukończenia szkoły	
Numer dyplomu		Data wydania dyplomu	
Miejsce ukończenia szkoły		Inne tytuły zawodowe (np. mgr prawa)	

G 2.

DANE O SPECJALIZACJI			
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	
Dziedzina specjalizacji			
Nazwa organizatora			
Data ukończenia			
Numer dyplomu		Data wystawiania	