

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCĄ ZMIANĘ DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
 LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY
 WYKONYWANEJ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 WPISANEJ DO REJESTRU WŁAŚCIWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

B-1.2data
przyjęcia

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

2. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ

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

**3. ORGAN
PROWADZĄCY
REJESTR**L

--	--

kod izby

nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej

4. DANE EWIDENCYJNE

imiona i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY**5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ**

w

numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)

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

 9. ZMIANA ADRESU DO KORESPONDENCJI

województwo

powiat

gmina/dzielnica

 *ulica i nr domu/nr lokalu

lub

 *nr skrytki pocztowej

oznaczenie placówki operatora pocztowego

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

 kod pocztowy miejscowość
10

telefon

faks

11 e-mail**12**

adres strony internetowej

 13. INFORMACJA O UZYSKANYCH SPECJALIZACJACHuzyskana
specjalizacjauzyskana
specjalizacja **15. INFORMACJA O OKRESOWYM ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ LEKARZA
PROWADZĄCEGO PRAKTYKĘ** Informuję, że zawieszam prowadzenie działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

kod praktyki

--	--

w okresie od

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

do

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

 16. INFORMACJA O PODJĘCIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO PRAKTYKĘ Informuję, że podejmuję prowadzenie działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

kod praktyki

--	--

z dniem

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

INFORMACJA O ZMIANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI

WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)

RODZAJ WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE – kod praktyki **99**

18.a1) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W DOTYCHCZASOWYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)

--	--

kod praktyki

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

18.a2) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)

--	--

kod praktyki

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

19.a) DANE DOTYCZĄCE ADRESU MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W/W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)

--	--

kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica						
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td></tr></table>						
miejscowość	telefon	faks						
e-mail	12 adres strony internetowej							

19.a) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W DOTYCHCZASOWYM POMIESZCZENIU (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA

--	--

kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica						
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td></tr></table>						
miejscowość	telefon	faks						
e-mail	12 adres strony internetowej							

PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ JEDNOCZEŚNIE W GABINECIE I PRZEDSIĘBIORSTWIE)

17.a) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ ZAMIERZONEJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE	<input type="checkbox"/> SZPITALNE
	<input type="checkbox"/> INNE NIŻ SZPITALNE	<input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

**18.a1) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ
PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

--	--

kod praktyki

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**19.a1) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

--	--

kod praktyki

numer REGON
podmiotu leczniczego

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

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

adres miejsca udzielania świadczeń jednostki organizacyjnej (w/w przedsiębiorstwa) komórki jednostki organizacyjnej inne

województwo	powiat	gmina/dzielnica						
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
miejsowość	telefon	faks/e-mail						

**19.a1) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W DOTYCHCZASOWYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
PODMIOTU LECZNICZEGO – ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ JEDNOCZEŚNIE W GABINECIE I PRZEDSIĘBIORSTWIE)

--	--

kod praktyki

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

adres miejsca udzielania świadczeń jednostki organizacyjnej (w/w przedsiębiorstwa) komórki jednostki organizacyjnej inne

województwo	powiat	gmina/dzielnica						
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
miejsowość	telefon	faks/e-mail						

**ZMIANA DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI
WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**

17.b) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – kod praktyki **95**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

W DZIEDZINIE – kod praktyki **96**

18.b) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA



kod praktyki

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

19.b) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY MIEJSCA PRZYJMOWANIA WEZWAŃ, PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI



kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

telefon

faks / e-mail

**ZMIANA DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI
WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

17.c) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ ZAMIERZONEJ
DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

SZPITALNE

INNE NIŻ SZPITALNE

AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – kod praktyki **93**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

W DZIEDZINIE – kod praktyki **94**

18.c) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO



kod praktyki

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**19.c) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

kod praktyki

--	--

numer REGON
podmiotu leczniczego

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

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

adres miejsca udzielania świadczeń jednostki organizacyjnej (w/w przedsiębiorstwa) komórki jednostki organizacyjnej inne

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

telefon

faks/e-mail

**19.c) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W DOTYCHCZASOWYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
– ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**

kod praktyki

--	--

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

adres miejsca udzielania świadczeń jednostki organizacyjnej (w/w przedsiębiorstwa) komórki jednostki organizacyjnej inne

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

telefon

faks/e-mail

ZMIANA DANYCH DOTYCZĄCYCH

20. INFORMACJI O PONOWNYM UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

okres ubezpieczenia od dn. [][][][][][][][][] do dn. [][][][][][][][][]

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna

**21. INFORMACJI O UZYSKANEJ AKREDYTACJI LUB CERTYFIKACJI W ZAKRESIE SPEŁNIANIA
STANDARDÓW – JAKOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Informuję, że praktyka lekarska wpisana do rejestru – kod izby **L** [][], kod praktyki [][] – uzyskała akredytację/certyfikację

Data wydania certyfikatu dn. [][][][][][][][][] Zakres akredytacji lub certyfikacji

22. INFORMACJI DOTYCZĄCEJ UZYSKANEJ AKREDYTACJI DO PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Informuję, że praktyka lekarska wpisana do rejestru – kod izby **L** , kod praktyki – uzyskała wpis

na listę marszałka województwa podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego z dniem

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie z dniem

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia stażu kierunkowego w zakresie z dniem

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych do prowadzenia szkolenia w celu uzyskania umiejętności w zakresie z dniem

24 data podpis lekarza składającego wniosek

* dotyczy zmiany danych dotyczących praktyki wykonywanej w pomieszczeniu
 ** dotyczy zmiany danych dotyczących praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania
 *** dotyczy zmiany danych praktyki wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

} **niepotrzebne skreślić**

OŚWIADCZAM, ŻE:

1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654),

a w szczególności:

- pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażone są w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania
- posiadam zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej obejmujący w szczególności: zestaw rurek ustno-gardłowych, zestaw masek twarzowych, worek samorozprężalny, sprzęt niezbędny do kaniulizacji żył, płyny infuzyjne oraz niezbędne leki i środki opatrunkowe, aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop, przystosowany do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania. *

1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654),

a w szczególności:

- posiadam produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania
- posiadam zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej przystosowany do transportu obejmujący w szczególności: zestaw rurek ustno-gardłowych, zestaw masek twarzowych, worek samorozprężalny, sprzęt niezbędny do kaniulizacji żył, płyny infuzyjne oraz niezbędne leki i środki opatrunkowe, aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop. **

1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654). ***

Adres wnioskodawcy:

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu / nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks / e-mail
miejsce, data		imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

opinia organu sanitarnego umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej