

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCĄ WPIS DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY ZAMIERZAJĄCEGO WYKONYWAĆ
 KOLEJNY RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 NA OBSZARZE TEJ SAMEJ IZBY LEKARSKIEJ,
 W KTÓREJ ZOSTAŁ WPISANY**

B-1.3data
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.)

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

**14. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
W FORMIE KOLEJNEGO RODZAJU PRAKTYKI**dn.

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU DANYCH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ **WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)****17A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**17A. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ** INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98** INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE – kod praktyki **99****18.a) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W POMIESZCZENIU (W GABINECIE)
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

19.a) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA [GABINETU] WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

kod praktyki

--	--

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></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
miejsowość	telefon	faks / e-mail										

WYKONYWANEJ JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – KOLEJNE MIEJSCA PRAKTYKI (DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ W GABINETE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM I JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

17A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

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

18.a1) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

19.a1) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

kod praktyki

--	--

numer REGON
podmiotu leczniczego

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

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego												
adres miejsca udzielania świadczeń <input type="checkbox"/> jednostki organizacyjnej (w/w przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> komórki jednostki organizacyjnej <input type="checkbox"/> 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></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
miejsowość	telefon	faks/e-mail										

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE PRAKTYKI WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA LUB/I WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO WPISANYCH DO REJESTRU

Informuję, że z dniem

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

 zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby **L**

--	--

,
– i wnioskuję o wykreślenie praktyki z rejestru.

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI WYKONYWANEJ
WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**

17.b) RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

17.b) RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

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

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

W DZIEDZINIE – kod praktyki **96**

**18.b) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W MIEJSCU WEZWANIA**

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**19.b) ADRES SIEDZIBY – 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

miescowość

telefon

faks / e-mail

**INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE PRAKTYKI
W POMIESZCZENIU WPISANEJ DO REJESTRU – JEŻELI JEST WYKONYWANA
(W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)**

Informuję, że z dniem zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby **L** , – i wnioskuję o wykreślenie praktyki z rejestru.

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**

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

MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej praktyki lekarskiej

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miescowość

telefon

faks / e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

17.c) RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

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

17.c) RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

<input type="checkbox"/>	INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – kod praktyki 93
<input type="checkbox"/>	INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W DZIEDZINIE – kod praktyki 94

18.c) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)

kod praktyki

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

19.c) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

kod praktyki

numer REGON

podmiotu leczniczego

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego		
adres miejsca udzielania świadczeń <input type="checkbox"/> jednostki organizacyjnej (w/w przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> komórki jednostki organizacyjnej <input type="checkbox"/> inne		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1" style="display: inline-table; width: 60px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>
miejscowość	telefon	faks/e-mail

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE PRAKTYKI W POMIESZCZENIU WPISANEJ DO REJESTRU – JEŻELI JEST WYKONYWANA (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)

Informuję, że z dniem

 zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby **L**

,
– i wnioskuję o wykreślenie praktyki z rejestru.

17.c) RODZAJ 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**

MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej praktyki lekarskiej			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [][]-[][][][]	
miejsowość	telefon	faks / e-mail	
24	data	podpis lekarza składającego wniosek	

- * treść oświadczenia dotyczy praktyki wykonywanej w pomieszczeniu
** treść oświadczenia dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania
*** treść oświadczenia dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- } **niepotrzebne skreślić**

OŚWIADCZAM, ŻE:

- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 - 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 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. *
-
- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 - 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. **
-
- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
 - 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 [][]-[][][][]	
miejsowość	telefon	faks / e-mail	
miejsce, data	imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy		

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- opinia organu sanitarnego