



**PRAKTYKA WYKONYWANA WYŁĄCZNIE  
W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

**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 – kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks / e-mail

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

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks / e-mail

data	podpis lekarza składającego wniosek
------	-------------------------------------