

INFORMACJA O KOLEJNYCH MIEJSCACH WYKONYWANIA PRAKTYKI

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU

A-1, B-1.1 LUB B-1.3

4. DANE EWIDENCYJNE

imiona i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM MIEJSCU – GABINECIE LUB W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

18.a2) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU – GABINECIE

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

19.a2) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W W/W KOLEJNYM POMIESZCZENIU – GABINECIE (DLA KAŻDEGO MIEJSCA – GABINETU WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

telefon

faks / e-mail

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

17A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

- STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE
 STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE
 AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

18.a3) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**19.a3) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

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

**INFORMACJE DOTYCZĄCE
PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ
WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

17.c1) RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE INNE NIŻ SZPITALNE
 AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

**18.c1) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**19.c1) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

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

24

data

podpis lekarza składającego wniosek