

WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

B-2.2(I)

OBEJMUJĄCĄ ZMIANĘ DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW

CZĘŚĆ I	WYKONYWANEJ W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA NA OBSZARZE TEJ SAMEJ IZBY LEKARSKIEJ	data przyjęcia
----------------	---	-------------------

1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>											

2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">L</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> </td> <td style="width: 80%;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> kod izby nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej </div> </td> </tr> </table>	L	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> kod izby nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej </div>
L	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> kod izby nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej </div>		

3. FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA SPÓŁKI

97 GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA	<input type="checkbox"/>	LEKARZY	<input type="checkbox"/>	LEKARZY DENTYSTÓW	<input type="checkbox"/>	LEKARZY / LEKARZY DENTYSTÓW
<input type="checkbox"/> W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ	<input type="checkbox"/>	W FORMIE SPÓŁKI PARTNERSKIEJ	<input type="checkbox"/>	W FORMIE SPÓŁKI JAWNEJ	<input type="checkbox"/>	

4c. REPREZENTOWANA PRZEZ <i>imiona i nazwisko przedstawiciela spółki</i>
---------------------------------	--

9. INFORMACJA O ZMIANIE ADRESU DO KORESPONDENCJI GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

województwo	powiat	gmina/dzielnica																				
<input type="checkbox"/> *ulica i nr domu/nr lokalu lub																						
<input type="checkbox"/> *nr skrytki pocztowej		oznaczenie placówki operatora pocztowego																				
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>											międzyszkowa	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>												<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>										
11 e-mail	12 adres strony internetowej																					

4. INFORMACJA O ZMIANIE LISTY LEKARZY STRON UMOWY, WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI ORAZ MIEJSCE ICH STAŁEGO ZAMIESZKANIA

WPIS NA LISTĘ WYKREŚLENIE Z LISTY ZMIANA NAZWISKA LUB/I ADRESU

NR	imiona i nazwisko															
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/>	LEKARZA	<input type="checkbox"/>	LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>										
województwo	powiat			gmina/dzielnica												
ulica i nr domu/nr lokalu			międzyszkowa		kod pocztowy		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>									
NR	imiona i nazwisko															
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/>	LEKARZA	<input type="checkbox"/>	LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>										
województwo	powiat			gmina/dzielnica												
ulica i nr domu/nr lokalu			międzyszkowa		kod pocztowy		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>									
NR	imiona i nazwisko															
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/>	LEKARZA	<input type="checkbox"/>	LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>										
województwo	powiat			gmina/dzielnica												
ulica i nr domu/nr lokalu			międzyszkowa		kod pocztowy		<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>									

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania spółki
--	-------

14b. INFORMACJA O CZASOWYM ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ
 Informuję, że spółka zawiesza prowadzenie działalności leczniczej w formie grupowej praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

w okresie od [][] [][] [][] [][] do [][] [][] [][] [][]

14c. INFORMACJA O PODJĘCIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ
 Informuję, że spółka podejmuje prowadzenie działalności leczniczej w formie grupowej praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

z dniem [][] [][] [][] [][]

22. INFORMACJA O UZYSKANEJ AKREDYTACJI LUB CERTYFIKACJI W ZAKRESIE SPEŁNIANIA STANDARDÓW – JAKOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

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

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

23. DANE DOTYCZĄCE UZYSKANEJ AKREDYTACJI DO PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ

Informuję, że grupowa praktyka lekarska wpisana do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą 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 [][] [][] [][] [][]

OŚWIADCZAM, ŻE:

- dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- znane są wspólnikom/partnerom i spełniają oni 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
 - wspólnicy/partnerzy posiadają zestawy do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej obejmujące 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, przystosowane do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania

Adres wnioskodawcy (przedstawiciela spółki):
niepotrzebne skreślić

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu / nr lokalu		kod pocztowy [][]-[][] [][] [][]
miejsowość	telefon	faks / e-mail

 potwierdzenia opłaty za zmianę wpisu

4c.

imię, nazwisko, pełniona funkcja i podpis przedstawiciela spółki