

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCĄ WPIS DANYCH DOTYCZĄCYCH LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY
 ZAMIERZAJĄCEGO WYKONYWAĆ DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 NA OBSZARZE KOLEJNEJ IZBY LEKARSKIEJ**

B-1.1data
przyjęcia

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

1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ	<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table>																					
2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 100px;"> L <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table> kod izby </td> <td style="border-top: 1px dotted black; border-bottom: 1px dotted black;"> nazwa i siedziba okręgowej rady lekarskiej </td> </tr> </table>		L <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table> kod izby			nazwa i siedziba okręgowej rady lekarskiej																
L <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table> kod izby			nazwa i siedziba okręgowej rady lekarskiej																			
4. DANE EWIDENCYJNE																						
imiona i nazwisko																						
posiadam tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY																						
5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ	w <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table>											numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.) <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table>										
6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY		numer <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table>																				
WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ		TAK <input type="checkbox"/>																				
		numer REGON <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table>																				
8. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)		numer <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table>																				
9. ADRES DO KORESPONDENCJI																						
województwo	powiat	gmina/dzielnica																				
<input type="checkbox"/> *ulica i nr domu/nr lokalu lub <input type="checkbox"/> *nr skrytki pocztowej																						
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> kod pocztowy								mięscowość														
		10 telefon <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table>																				
11 e-mail		12 adres strony internetowej																				
13. POSIADANE SPECJALIZACJE																						
posiadana specjalizacja																						
posiadana specjalizacja																						
posiadana specjalizacja																						
14a. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ		dn. <table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td><td style="width: 15px;"> </td></tr></table>																				

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ
 PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

<input type="checkbox"/> WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)
15A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
16A. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki 98
<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE – kod praktyki 99

**17A. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE)
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA – GABINETU W KTÓRYM WYKONYWANA BĘDZIE PRAKTYKA)**

kod praktyki

--	--

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

**WYKONYWANEJ JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
– KOLEJNE MIEJSCA INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI (DLA LEKARZA KTÓRY
WYKONUJE PRAKTYKĘ W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM I JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)**

15A/1. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

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

**17A/1. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZEDSIĘBIORSTWIE
PODMIOTU LECZNICZEGO W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. 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 (ww. przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> komórki jednostki organizacyjnej <input type="checkbox"/> inne		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [] [] - [] [] [] []
miejsowość	telefon	faks / e-mail

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

15B. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

16B. 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**

**17B. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W MIEJSCU WEZWANIA**

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**18B. 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

miejsowość

telefon

faks / e-mail

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE
W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

15C. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE

STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE

AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

16C. 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**

**17C. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE
W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)**

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

18C. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

kod praktyki

(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

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

miejscowość

telefon

faks / e-mail

UWAGA! W przypadku praktyki wykonywanej w więcej niż w jednym przedsiębiorstwie należy wypełnić załącznik do wniosku B-1.1.**21. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**okres ubezpieczenia od dn. do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna (dla wszystkich zdarzeń)

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:**

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis 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 wpis 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 wpis 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

miejscowość

telefon

faks / e-mail

miejsce, data

imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY opinia organu sanitarnego umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej potwierdzenia opłaty za wpis