

INFORMACJA O KOLEJNYCH MIEJSCACH WYKONYWANIA PRAKTYKI

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU

A-1, B-1.1 LUB B-1.3

4. DANE EWIDENCYJNE

imię 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/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

17A. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

18A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W WW. 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 WYKONYWANEJ JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (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:

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

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

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. 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 (ww. przedsiębiorstwa) komórki jednostki organizacyjnej inne

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

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

15C. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

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

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

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

18C. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO kod praktyki

numer REGON podmiotu leczniczego

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

adres miejsca udzielania świadczeń jednostki organizacyjnej (ww. przedsiębiorstwa) komórki jednostki organizacyjnej inne

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