

**WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ DANYCH
 DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

C-2

**OBEJMUJĄCĄ WYKREŚLENIE DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
 WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA
 PRAKTYKA LEKARSKA NA OBSZARZE JEDNEJ Z OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH**
(wniosek należy złożyć do rady okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

**WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW
 W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA**
(wniosek należy złożyć do każdej rady okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

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><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>													data przyjęcia	<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%; height: 40px;"> <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> <tr><td> </td></tr> </table> </td> <td style="width: 80%; border-bottom: 1px dotted black;"> kod izby nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej </td> </tr> </table>			L	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			kod izby nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej																	
L	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table>			kod izby nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej																					
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																									
4c. REPREZENTOWANA PRZEZ imiona i nazwisko przedstawiciela spółki																								

**INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
 LEKARZY/ LEKARZY DENTYSTÓW W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 WPISANEJ DO REJESTRU PRZEZ WŁAŚCIWĄ OKRĘGOWĄ RADĘ LEKARSKĄ**

Informuję, że z dniem <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; 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> zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej grupowa praktyka lekarska wykonywana przez lekarzy/lekarzy dentystów/ lekarzy i lekarzy dentystów w formie spółki <input type="checkbox"/> cywilnej <input type="checkbox"/> partnerskiej <input type="checkbox"/> jawnej wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby L <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> , kod praktyki <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> <tr><td> </td></tr> </table> – i wnioskuję o wykreślenie praktyki z rejestru.														

26. INFORMACJA O MIEJSCU PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej grupowej praktyki lekarskiej na obszarze jednej z okręgowych izb lekarskich													
województwo	powiat	gmina/dzielnica											
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; 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>											
miejsowość	telefon	faks / e-mail											

