

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCĄ ZMIANĘ DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
 LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY
 WYKONYWANEJ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 WPISANEJ DO REJESTRU WŁAŚCIWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

B-1.2

(wniosek należy złożyć do rady okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

data przyjęcia	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-------------------	---

1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									
2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR	<table border="1"> <tr> <td style="width: 10%;">L</td> <td> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td>kod izby</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej</td> </tr> </table>	L	<input type="text"/> <input type="text"/>		kod izby	nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej		
L	<input type="text"/> <input type="text"/>								
	kod izby								
nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej										
4. DANE EWIDENCYJNE										
imiona i nazwisko										
posiadam tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY										
5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ / / WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ	<table border="1"> <tr> <td style="width: 60%;">w</td> <td>numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table>	w	numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>					
w	numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)									
	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>									

<input type="checkbox"/>	9. ZMIANA ADRESU DO KORESPONDENCJI		
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
<input type="checkbox"/> *ulica i nr domu/nr lokalu		
lub	<input type="checkbox"/> *nr skrytki pocztowej	oznaczenie placówki operatora pocztowego	
<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>	10	telefon	faks
11 e-mail	12	adres strony internetowej	

<input type="checkbox"/>	13. INFORMACJA O UZYSKANYCH SPECJALIZACJACH	
uzyskana specjalizacja	
uzyskana specjalizacja	

<input type="checkbox"/>	14c. INFORMACJA O OKRESOWYM ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO PRAKTYKĘ	
<input type="checkbox"/>	Informuję, że zawieszam prowadzenie działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą	
	kod praktyki <input type="text"/> <input type="text"/>	w okresie od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	14d. INFORMACJA O PODJĘCIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO PRAKTYKĘ	
<input type="checkbox"/>	Informuję, że podejmuję prowadzenie działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą	
	kod praktyki <input type="text"/> <input type="text"/>	z dniem <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

INFORMACJA O ZMIANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI

WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)

16A. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU PRAKTYKI

ZMIANA WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE – kod praktyki **99**

17A. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU DOTYCHCZAS UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA:

--	--	--

kod praktyki

ulica i nr domu/nr lokalu	miejsowość
---------------------------	------------

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

17A. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)

--	--	--

kod praktyki

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

18A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)

--	--	--

kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [][]-[][][][]
miejsowość	telefon	faks
e-mail	12 adres strony internetowej	

17A. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W JEDNYM Z DOTYCHCZASOWYCH POMIESZCZEŃ (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA (WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)

--	--	--

kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [][]-[][][][]
miejsowość	telefon	faks
e-mail	12 adres strony internetowej	

WYKONYWANEJ JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ JEDNOCZEŚNIE W GABINECIE I PRZEDSIĘBIORSTWIE)

15A/1. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W PRZEDSIĘBIORSTWIE

RODZAJ ZAMIERZONEJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE <input type="checkbox"/>	SZPITALNE <input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> INNE NIŻ SZPITALNE	<input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

**17A/1. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ
PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

kod praktyki

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

<input type="text"/>

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

**17A/1. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
18A/1. W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W JEDNYM Z DOTYCHCZASOWYCH
PRZEDSIĘBIORSTW PODMIOTU LECZNICZEGO – ADRES MIEJSCA UDZIELANIA
ŚWIADCZEŃ (WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ JEDNOCZEŚNIE W GABINECIE I PRZEDSIĘBIORSTWIE)**

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

kod praktyki

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

INFORMACJA O ZMIANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

16B. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU PRAKTYKI LEKARSKIEJ

ZMIANA WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – kod praktyki **95**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

W DZIEDZINIE – kod praktyki **96**

17B. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

--	--

kod praktyki

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

18B. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY MIEJSCA PRZYJMOWANIA WEZWAŃ, PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI – ADRES

--	--

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

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

 -

--	--	--	--

miejsowość

telefon

faks / e-mail

INFORMACJA O ZMIANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

15C. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU DZIAŁALNOŚCI LUB PRAKTYKI LECZNICZEJ

RODZAJ ZAMIERZONEJ
DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE

INNE NIŻ SZPITALNE AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

16C. W RAMACH WYKONYWANEJ 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. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU DOTYCHCZAS UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – ADRES MIEJSCA UDZIELANI ŚWIADCZEŃ:

--	--

kod praktyki

ulica i nr domu/nr lokalu

miejsowość

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

17C. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO



diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

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



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"/>
miejsowość	telefon	faks/e-mail

17C. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
18C. W JEDNYM Z DOTYCHCZASOWYCH PRZEDSIĘBIORSTW PODMIOTU LECZNICZEGO – ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)



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"/>
miejsowość	telefon	faks/e-mail

UWAGA! W przypadku praktyki wykonywanej w więcej niż w jednym przedsiębiorstwie należy wypełnić załącznik do wniosku B-1.2.

INFORMACJA O ZMIANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH

21. INFORMACJI O PONOWNYM UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

okres ubezpieczenia od dn. do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna

22. INFORMACJI O UZYSKANEJ AKREDYTACJI LUB CERTYFIKACJI W ZAKRESIE SPEŁNIANIA STANDARDÓW – JAKOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

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

Data wydania certyfikatu dn. Zakres akredytacji lub certyfikacji

23. INFORMACJI DOTYCZĄCEJ UZYSKANEJ AKREDYTACJI DO PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO

Informuję, że praktyka lekarska wpisana do rejestru – kod izby **L** , kod praktyki – 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

data	podpis lekarza składającego wniosek
------	-------------------------------------

- * dotyczy zmiany danych dotyczących praktyki wykonywanej w pomieszczeniu
 - ** dotyczy zmiany danych dotyczących praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania
 - *** dotyczy zmiany danych praktyki wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- } **niepotrzebne skreślić**

OŚWIADCZAM, ŻE:

- dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 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 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, przystosowany do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania. **

- dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 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. **

- dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 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 <input type="text"/>
miejsce	telefon	faks / e-mail
miejsce, data		imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- opinia organu sanitarnego umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej potwierdzenia opłaty za zmianę wpisu