

**B-1.3**

**WNIOSK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU  
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ  
 OBEJMUJĄCĄ WPIS DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ  
 LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY ZAMIERZAJĄCEGO WYKONYWAĆ  
 KOLEJNY RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ  
 NA OBSZARZE WŁAŚCIWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

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

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

<b>1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ</b>	<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"/>									
<b>2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR</b>	<table border="1"> <tr> <td>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></td> <td></td> <td>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								
<b>4. DANE EWIDENCYJNE</b>										
imiona i nazwisko ..... posiadam tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY										
<b>5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ / / WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ</b>	w <input type="text"/> numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.) <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>									
<b>14A. PRZEWDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE KOLEJNEGO RODZAJU PRAKTYKI</b>	dn. <input type="text"/>									

<input type="checkbox"/>	<b>INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ</b>
<input type="checkbox"/>	<b>WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)</b>
<b>15A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ</b>	
RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	<input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
<b>16A. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ</b>	
<input type="checkbox"/>	INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki <b>98</b>
<input type="checkbox"/>	INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki <b>99</b>
<b>17A. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE) W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ</b>	
diagnostycznych	<input type="text"/>
lecniczych	<input type="text"/>
rehabilitacyjnych	<input type="text"/>
orzeczniczych	<input type="text"/>
	kod praktyki <input type="text"/>

**18A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU**  
(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

**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 INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicznych	
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  jednostki organizacyjnej (ww. przedsiębiorstwa)  komórki jednostki organizacyjnej  inne

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

**INFORMACJA O JEDNOCZESNYM ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ PRAKTYKI WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA LUB/I WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO WPISANYCH DO REJESTRU**

Informuję, że z dniem [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] jednocześnie zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby L [ ] [ ] , kod praktyki [ ] [ ] – i wnioskuję o wykreślenie danych dotyczących praktyki z rejestru.

- 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**
- INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – kod praktyki **95**
- INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA  
W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki **96**

## 26. INFORMACJA DOTYCZĄCA MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ PRAKTYKI WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej praktyki lekarskiej – kod praktyki

województwo powiat gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu kod pocztowy -

miescowosc 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 -

miescowosc telefon faks / e-mail

**INFORMACJA O JEDNOCZESNYM ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI WPISANEJ DO REJESTRU – JEŻELI JEST WYKONYWANA (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM LUB JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)**

Informuję, że z dniem  zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby L , kod praktyki  – i wnioskuję o wykreślenie danych dotyczących praktyki z rejestru.

**RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

- INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki   
 INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki

**26. MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRAKTYKI DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej praktyki lekarskiej

województwo			powiat			gmina/dzielnica		
ulica i nr domu/nr lokalu					kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
miejscowość			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   
 INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki

**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**

(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

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

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

mięscowość

telefon

faks/e-mail

**INFORMACJA O JEDNOCZESNYM ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI WPISANEJ DO REJESTRU – JEŻELI JEST WYKONYWANA**  
(W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM LUB JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

Informuję, że z dniem 

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

 zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej

do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby **L**

--	--

, kod praktyki 

--	--

– i wnioskuję o wykreślenie danych dotyczących praktyki z rejestru.

**RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ

W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki **99**

**26. MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRAKTYKI DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej praktyki lekarskiej

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

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

mięscowość

telefon

faks / e-mail

**UWAGA!** W przypadku praktyki wykonywanej w więcej niż w jednym przedsiębiorstwie należy wypełnić załącznik do wniosku B-1.3.

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 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
miejsowość	telefon	faks / e-mail
miejsce, data		imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

#### ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- opinia organu sanitarnego (dotyczy praktyki wykonywanej w pomieszczeniu)       potwierdzenia opłaty za zmianę wpisu