Nazwa praktyki

Imię i nazwisko, adres

Nr rejestrowy

Miejscowość, data

Okręgowa Rada Lekarska Wielkopolskiej Izby Lekarskiej

Niniejszym zawiadamiam, że w związku z:

* ogłoszonym stanem zagrożenia epidemiologicznego,
* wyjątkową dynamiką rozprzestrzeniania się zakażenia wirusem COVID-19,
* szczególnym narażeniem rozprzestrzeniania się zakażeń przenoszonych drogą kropelkową, jaki charakteryzuje zabiegi stomatologiczne,
* biorąc również pod uwagę brak możliwości uzupełniania zaopatrzenia w środki ochrony

**podjąłem/podjęłam decyzję**

o zawieszeniu przyjęć pacjentów w ramach prowadzonej działalności leczniczej w zakresie leczenia stomatologicznego w terminie od ................ do.................2020 r.

Nadmieniam, że decyzja ta spowodowana jest wyłącznie względami ochrony pacjentów, personelu i własnej a co za tym idzie przeciwdziała ona wprost rozszerzaniu się zakażenia ww. patogenem. Winno to być uwzględnione w moim prawie do skorzystania z  projektowanych przez władze publiczne działań osłonowych i rekompensat na równi z sytuacjami zawieszenia działalności z tytułu nakazu administracyjnego.

……………………………………………………………………………………….

Podpis lekarza dentysty prowadzącego praktykę lekarską