

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCĄ WPIS DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY ZAMIERZAJĄCEGO WYKONYWAĆ
 KOLEJNY RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 NA OBSZARZE TEJ SAMEJ IZBY LEKARSKIEJ,
 W KTÓREJ ZOSTAŁ WPISANY**

B-1.3data
przyjęcia

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

2. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ

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

3. ORGAN
PROWADZĄCY
REJESTRL

--	--

kod izby

nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej

4. DANE EWIDENCYJNE

imiona i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
/ WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ w

numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)

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

14. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
W FORMIE KOLEJNEGO RODZAJU PRAKTYKIdn.

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)

17A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

17A. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

 INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98** INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE – kod praktyki **99**18.a) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W POMIESZCZENIU (W GABINECIE)
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

- 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**

MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ – DOTYCZY PRAKTYKI WYKONYWANEJ 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 <input type="text"/> - <input type="text"/>
miescowosc	telefon	faks / e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

17.b) RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

17.b) 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**

18.b) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIEJSCU WEZWANIA

kod praktyki

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

19.b) 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 <input type="text"/> - <input type="text"/>
miescowosc	telefon	faks / e-mail

19.c) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA 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 (w/w przedsiębiorstwa) komórki jednostki organizacyjnej inne

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

mijscowość

telefon

faks/e-mail

INFORMACJA O JEDNOCZESNYM ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE PRAKTYKI W POMIESZCZENIU WPISANEJ DO REJESTRU – JEŻELI JEST WYKONYWANA (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)

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**

--	--

,
– i wnioskuję o wykreślenie praktyki z rejestru.

17.c) RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ

W DZIEDZINIE – kod praktyki **99**

MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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

mijscowość

telefon

faks / e-mail

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

24 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 type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks / e-mail
miejsce, data	imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy	

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

opinia organu sanitarnego