

4. DANE EWIDENCYJNE

imię i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

**INFORMACJE O ZMIANIE
DOTYCZĄCEJ PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM MIEJSCU (W GABINECIE)
LUB W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

**18.a2) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
UDZIELANYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM POMIESZCZENIU
(GABINECIE)**

kod
praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**19.a2) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY ADRESU MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

kod
praktyki

--	--

województwo	powiat	gmina/dzielnica								
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
miejsowość	telefon	faks								
e-mail	12	adres strony internetowej								

**19.a2) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W JEDNYM
Z DOTYCHCZASOWYCH POMIESZCZEŃ (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA**

--	--

kod
praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica								
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table> - <table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>								
miejsowość	telefon	faks								
e-mail	12	adres strony internetowej								

KOLEJNE MIEJSCE WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO WYKONYWANEJ JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE (DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM I JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

17A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

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

18.a3) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

--	--

kod praktyki

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

19.a3) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

--	--

kod praktyki

numer REGON podmiotu leczniczego	<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"/>
-------------------------------------	---

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego		
adres miejsca udzielania świadczeń <input type="checkbox"/> jednostki organizacyjnej (w/w przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> komórki jednostki organizacyjnej <input type="checkbox"/> inne		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks/e-mail

19.a3) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W DOTYCHCZASOWYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – ADRES PRZEDSIĘBIORSTWA

--	--

kod praktyki

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego		
adres miejsca udzielania świadczeń <input type="checkbox"/> jednostki organizacyjnej (w/w przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> komórki jednostki organizacyjnej <input type="checkbox"/> inne		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks/e-mail

**INFORMACJE O ZMIANIE
DOTYCZĄCE PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ
WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

17A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

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
--	---

18.c1) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO kod praktyki

diagnostycznych	
leczniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

19.c1) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO 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 <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks/e-mail