

PRAKTYKA WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

RODZAJ 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**

26. INFORMACJA DOTYCZĄCA MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRAKTYKI DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE) LUB 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 -

miescowość

telefon

faks / e-mail

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Informuję, że z dniem zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki/praktyk wpisanej(ych) do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską:

– kod izby **L** , kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

– kod izby **L** , kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

– kod izby **L** , kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

i wnioskuję o wykreślenie danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

26. INFORMACJA DOTYCZĄCA MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRAKTYKI DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE) LUB WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie jednej z wymienionych praktyk lekarskich kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy -

miescowość

telefon

faks / e-mail

data

podpis lekarza składającego wniosek