

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW
WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ OBEJMUJĄCĄ ZMIANĘ DANYCH
DOTYCZĄCYCH MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ
W PRZYPADKU ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

data przyjęcia

NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ

**ORGAN
PROWADZĄCY
REJESTR**

L

kod izby

nazwa i siedziba okręgowej/ Wojskowej Rady Lekarskiej

DANE EWIDENCYJNE

IMIĘ I NAZWISKO

POSIADAM TYTUŁ

LEKARZA

LEKARZA DENTYSTY

**CZŁONEK OKRĘGOWEJ
/ WOJSKOWEJ IZBY
LEKARSKIEJ**

w

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

**MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ W PRZYPADKU
ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

data

podpis lekarza składającego wniosek

OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu 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 określonym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (DZ. U. z 2018 r. poz. 160) ze zmianami.

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	fax/e-mail
miejsce, data		imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy