

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU

**PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY
WYKONUJĄCEGO DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ**
A-1data
przyjęcia

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

**3. ORGAN
PROWADZĄCY
REJESTR**

L		
---	--	--

 kod izby

nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej

4. DANE EWIDENCYJNE

imiona i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY
**5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
/ WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ**

w

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

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

6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

numer

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

7. WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

TAK

8. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)

numer

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

9. ADRES DO KORESPONDENCJI

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

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

miejscowość

10

telefon

faks

11 e-mail

12

adres strony internetowej

13. POSIADANE SPECJALIZACJE
posiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacja
14. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

dn.

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE PRAKTYKI WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE)
17A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

 STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE 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 (GABINECIE) W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ



diagnostycznych	
lecznicych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

19.a) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU (DLA KAŻDEGO MIEJSCA [GABINETU] WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

kod praktyki



województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [][]-[][][][]
miejsowość	telefon	faks / e-mail

KOLEJNE MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU - PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

18.a1) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

kod praktyki



diagnostycznych	
lecznicych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

19.a1) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

kod praktyki



nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [][]-[][][][]
miejsowość	telefon	faks / e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE 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	
lecznicznych	
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 <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
miejsowość	telefon	faks / e-mail												

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE
W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

17.c) 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

17.c) RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – kod praktyki 93
<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W DZIEDZINIE – kod praktyki 94

**18.c) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
(DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

19.c) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

kod praktyki

--

nazwa przedsiębiorstwa
podmiotu leczniczego

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

telefon

faks / e-mail

20. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

okres ubezpieczenia od dn. [][][][][][][][][] do dn. [][][][][][][][][]

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna

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. z 2018 r. poz. 160),
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. z 2018 r. poz. 160),
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. z 2018 r. poz. 160). ***

Adres wnioskodawcy:

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu / nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

telefon

faks / e-mail

miejsce, data

imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

[[\ ^ { } `] [[[c _ ! : ; & ` Á ª : & ^) ª]] j e e