

WNIOSEK O

A-2

WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA

ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ OBEJMUJĄCĄ WPIS DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA NA OBSZARZE KOLEJNEJ IZBY LEKARSKIEJ

CZĘŚĆ I		data przyjęcia	<input type="text"/>								
2. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ		<input type="text"/>	WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL SPÓŁKI SKŁADAJĄCY WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU								
3. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR	<table border="1"> <tr> <td>L <input type="text"/></td> <td colspan="3">.....</td> </tr> <tr> <td>kod izby</td> <td colspan="3">nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej</td> </tr> </table>			L <input type="text"/>			kod izby	nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej		
L <input type="text"/>										
kod izby	nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej										
4. FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA SPÓŁKI											
97 GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA <input type="checkbox"/> LEKARZY <input type="checkbox"/> LEKARZY DENTYSTÓW <input type="checkbox"/> LEKARZY / LEKARZY DENTYSTÓW <input type="checkbox"/> W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ <input type="checkbox"/> W FORMIE SPÓŁKI PARTNERSKIEJ <input type="checkbox"/> W FORMIE SPÓŁKI JAWNEJ											
5. WPIS DO REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW (spółka jawna lub partnerska) <input type="checkbox"/>		numer <input type="text"/>									
6. REPREZENTOWANA PRZEZ	 imiona i nazwisko									
7. ADRES DO KORESPONDENCJI GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ											
województwo		powiat									
ulica i nr domu/nr lokalu		gmina/dzielnica									
miejsowość		8 <input type="text"/>	telefon <input type="text"/>								
9 e-mail <input type="text"/>		10 adres strony internetowej <input type="text"/>									
11. LISTA LEKARZY STRON UMOWY SPÓŁKI, WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI ORAZ MIEJSCE ICH STAŁEGO ZAMIESZKANIA											
NR	imiona i nazwisko										
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru <input type="text"/>									
województwo	powiat	gmina/dzielnica									
ulica i nr domu/nr lokalu	miejsowość		kod pocztowy <input type="text"/>								
NR	imiona i nazwisko										
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru <input type="text"/>									
województwo	powiat	gmina/dzielnica									
ulica i nr domu/nr lokalu	miejsowość		kod pocztowy <input type="text"/>								

NR	imiona i nazwisko				
posiada tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY			numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
NR	imiona i nazwisko				
posiada tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY			numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
NR	imiona i nazwisko				
posiada tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY			numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
NR	imiona i nazwisko				
posiada tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY			numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>		
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>

Imię i nazwisko osoby uprawnionej
do reprezentowania spółki

**12. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

dn.

19	miejsce, data	imię, nazwisko, pełniona funkcja i podpis przedstawiciela spółki
----	---------------	--

OŚWIADCZAM, ŻE:

- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- znane są wspólnikom/partnerom i spełniają oni 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
 - wspólnicy/partnerzy posiadają zestawy do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej obejmujące 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, przystosowane do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania

niepotrzebne skreślić

Adres wnioskodawcy (przedstawiciela spółki):

województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu / nr lokalu				kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>	
miejscowość		telefon		faks / e-mail	

NR

NA LIŚCIE STRON UMOWY SPÓŁKI,
WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI

CZĘŚĆ II

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA
CZĘŚĆ II WNIOSKU WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA ODREBNE
DLA KAŻDEGO WSPÓLNIKA, KTÓRY BĘDZIE UDZIELAŁ ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

A-2(1)

2. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
/ WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ

kod izby

w

4

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

 - -

6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

numer

7. WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
LEKARZA STRONY UMOWY SPÓŁKI CYWILNEJ

TAK

numer

(jeżeli został nadany)

8. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)

numer

17. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

okres ubezpieczenia od dn. do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna

13. POSIADANE SPECJALIZACJE

posiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacja9. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ W FORMIE SPÓŁKI I RODZAJ PRAKTYKI
WYKONYWANEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJRODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

 97 (98) PRAKTYKA LEKARSKA 97 (99) SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE10. RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
WYKONYWANYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE) (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI)

97

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**11. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W POMIESZCZENIU (GABINECIE)
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)**

97 ()
kod praktyki

województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu				kod pocztowy [] [] - [] [] [] []	
miejscowość		telefon		faks	
e-mail		12	adres strony internetowej		

**10.a) RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
WYKONYWANYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)
(DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI)**

97 ()
kod praktyki

diagnostycznych	
lecznicych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**11.a) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)**

97 ()
kod praktyki

województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu				kod pocztowy [] [] - [] [] [] []	
miejscowość		telefon		faks	
e-mail		12	adres strony internetowej		

**13. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

dn. [] [] [] [] [] [] [] []

15	miejsce, data	imię i nazwisko i podpis przedstawiciela spółki
----	---------------	---

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> á[\ ^ { }] d [ç ã ! ¢ : & Á ¢ : & ^) ã Á] j æ
