

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW
WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ OBEJMUJĄCĄ DANE DOTYCZĄCE
DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW WYKONYWANEJ
W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA
NA OBSZARZE WŁAŚCIWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

B-2**CZĘŚĆ I**data
przyjęcia**2. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ**

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

**3. ORGAN
PROWADZĄCY
REJESTR**L

--	--

kod izby

nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej

4. FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA SPÓŁKI**97 GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA** ☐ LEKARZY ☐ LEKARZY DENTYSTÓW ☐ LEKARZY / LEKARZY DENTYSTÓW☐ W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ☐ W FORMIE SPÓŁKI PARTNERSKIEJ☐ W FORMIE SPÓŁKI JAWNEJ**6. REPREZENTOWANA PRZEZ**

imiona i nazwisko

7. ZMIANA ADRESU DO KORESPONDENCJI GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejscowość

8

telefon

faks

9

e-mail

10

adres strony internetowej

**11. ZMIANA LISTY LEKARZY STRON UMOWY, WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI
ORAZ MIEJSCE ICH STAŁEGO ZAMIESZKANIA**☐ WPIS NA LISTĘ☐ WYKREŚLENIE Z LISTY☐ ZMIANA NAZWISKA LUB/I ADRESU

NR

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy

☐ LEKARZA☐ LEKARZA DENTYSTY

numer rejestru

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

miejscowość

kod
pocztowy

NR

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy

☐ LEKARZA☐ LEKARZA DENTYSTY

numer rejestru

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

miejscowość

kod
pocztowy

NR

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy

☐ LEKARZA☐ LEKARZA DENTYSTY

numer rejestru

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

miejscowość

kod
pocztowy**Imię i nazwisko osoby uprawnionej
do reprezentowania spółki**

13. INFORMACJA O CZASOWYM ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ
☐ Informuję, że spółka zawiesz prowadzenie działalności leczniczej w formie grupowej praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

w okresie od do
14. INFORMACJA O PODJĘCIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ
☐ Informuję, że spółka podejmuje prowadzenie działalności leczniczej w formie grupowej praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

z dniem
15. DANE DOTYCZĄCE UZYSKANEJ AKREDYTACJI W ZAKRESIE SPEŁNIANIA STANDARDÓW – JAKOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Zakres akredytacji:

data udzielenia akredytacji dn.

data ważności certyfikatu akredytacyjnego dn.
16. DANE DOTYCZĄCE UZYSKANEJ AKREDYTACJI DO PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ

Informuję, że grupowa praktyka lekarska wpisana do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą uzyskała wpis

☐ na listę marszałka województwa podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego z dniem
☐ wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie
z dniem
☐ wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia stażu kierunkowego w zakresie
z dniem
☐ wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych do prowadzenia szkolenia w celu uzyskania umiejętności w zakresie
z dniem
OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) 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

Adres wnioskodawcy (przedstawiciela spółki):
niepotrzebne skreślić

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

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

NR NA LIŚCIE STRON UMOWY SPÓŁKI,
WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI

CZĘŚĆ II

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

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

2. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy ☐ LEKARZA ☐ LEKARZA DENTYSTY5. 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

lecniczych

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 -	
miejsowość	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	
lecniczych	
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 -	
miejsowość	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

☐ dokument potwierdzający uiszczenie opłaty

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

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.)

☐ 17. INFORMACJA O PONOWNYM UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

okres ubezpieczenia od dn. do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna

☐ 13. UZYSKANE SPECJALIZACJE

posiadana
specjalizacja

posiadana
specjalizacja

9. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU PRAKTYKI WYKONYWANEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI
LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

☐ AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

ZMIANA RODZAJU PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

☐ 97 (98) PRAKTYKA LEKARSKA

☐ 97 (99) SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE

10. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)
(DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI)

97

kod praktyki

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**11. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY ADRESU 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 -	
miejsowość	telefon	faks	
e-mail	12	adres strony internetowej	

**11.a) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W DOTYCHCZASOWYM POMIESZCZENIU (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA**

97 ()
kod praktyki

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

**11.b) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY ADRESU 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 -	
miejsowość	telefon	faks	
e-mail	12	adres strony internetowej	

**11.c) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W DOTYCHCZASOWYM POMIESZCZENIU (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA**

97 ()
kod praktyki

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

15 miejsce, data imię i nazwisko i podpis przedstawiciela spółki

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

☐ dokument potwierdzający uiszczenie opłaty