

WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZA/LEKARZA DENTYSTĘ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ

C-1

(wniosek należy złożyć do każdej okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

data przyjęcia

2. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ

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

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.

MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

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 -

miejsowość

telefon

faks / e-mail

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 -

miejsowość

telefon

faks / e-mail

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

miejsowość

telefon

fax/e-mail

miejsce, data

imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy