

**4. DANE EWIDENCYJNE**

imiona i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy  LEKARZA  LEKARZA DENTYSTY**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRAKTYKI WYKONYWANEJ  
W POMIESZCZENIU (W GABINECIE)****18.a2) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU  
(W GABINECIE) W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**19.a2) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU  
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA [GABINETU] WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)**

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejscowość

telefon

faks / e-mail

 **KOLEJNE MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI  
WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU - W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO****18.a3) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO  
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**19.a3) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO  
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

**nazwa przedsiębiorstwa  
podmiotu leczniczego**

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejscowość

telefon

faks / e-mail

## INFORMACJE DOTYCZĄCE PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

### 17.c1) RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:  STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE  SZPITALNE  INNE NIŻ SZPITALNE  
 AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

### 18.c1) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)

*kod praktyki*

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

### 19.c1) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

*kod praktyki*

--	--

**nazwa przedsiębiorstwa  
podmiotu leczniczego**

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

telefon

faks / e-mail

### 17.c2) RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:  STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE  SZPITALNE  INNE NIŻ SZPITALNE  
 AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

### 18.c2) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)

*kod praktyki*

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

### 19.c2) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

*kod praktyki*

--	--

**nazwa przedsiębiorstwa  
podmiotu leczniczego**

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

telefon

faks / e-mail