

17A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	<input type="checkbox"/> STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE <input type="checkbox"/> SZPITALNE <input type="checkbox"/> INNE NIŻ SZPITALNE <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:	<input type="checkbox"/> 98 INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA <input type="checkbox"/> 99 INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE

18A. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)

KOD PRAKTYKI	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	MIEJSCE WYKONYWANIA	<input type="checkbox"/> 19A1	<input type="checkbox"/> 19A2	<input type="text"/>
diagnostycznych	<input type="text"/>				
lecniczych	<input type="text"/>				
rehabilitacyjnych	<input type="text"/>				
orzeczniczych	<input type="text"/>				

19A1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU (DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)
 kod praktyki

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

19A2. 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 <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks / e-mail

17B. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	<input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:	<input type="checkbox"/> 95 INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA <input type="checkbox"/> 96 INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA W DZIEDZINIE

18B. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
 KOD PRAKTYKI

diagnostycznych	<input type="text"/>
lecniczych	<input type="text"/>
rehabilitacyjnych	<input type="text"/>
orzeczniczych	<input type="text"/>

19B. MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ, PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI

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

17C. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	<input type="checkbox"/> STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE <input type="checkbox"/> SZPITALNE <input type="checkbox"/> INNE NIŻ SZPITALNE <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:	<input type="checkbox"/> 93 INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W PRZESIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO <input type="checkbox"/> 94 INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W PRZESIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W DZIEDZINIE

18C. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)

KOD PRAKTYKI

MIEJSCE WYKONYWANIA

 19C

diagnostycznych
lecznicznych
rehabilitacyjnych
orzeczniczych

19C. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZESIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

kod praktyki

(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZESIĘBIORSTWIE)

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

21. DANE DO AKREDYTACJI W ZAKRESIE SPEŁNIANIA STANDARDÓW – JAKOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Informuję, że praktyka lekarska wpisana do rejestru – kod izby L [][] , kod praktyki [][] – uzyskała akredytację
Data udzielenia akredytacji dn. [][][][][][][][] Data ważności certyfikatu akredytacyjnego dn. [][][][][][][][]

