

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCY DANE LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY ZAMIERZAJĄCEGO WYKONYWAĆ
 DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 NA OBSZARZE WŁAŚCIWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

A-1data
przyjęcia

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

**2. 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

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

WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJTAK numer
REGON

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

8. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)

numer

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

9. ADRES DO KORESPONDENCJI

województwo

powiat

gmina/dzielnica

 *ulica i nr domu/nr lokalu

lub

 *nr skrytki pocztowej

oznaczenie placówki operatora pocztowego

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

 kod pocztowy miejscowość
10 telefon

faks

11 e-mail**12** adres strony internetowej**13. POSIADANE SPECJALIZACJE**posiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacja**14a. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

dn.

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

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ
 PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

 WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)**15A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**16A. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ** INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98** INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE – kod praktyki **99**

**17A. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE)
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA W/W ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA – GABINETU W KTÓRYM WYKONYWANA BĘDZIE PRAKTYKA)**

kod praktyki

--	--

województwo	powiat	gmina/dzielnica												
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
miejsowość	telefon	faks / e-mail												

**WYKONYWANEJ JEDNOCZEŚNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM
– KOLEJNE MIEJSCA INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI (DLA LEKARZA KTÓRY
WYKONUJE PRAKTYKĘ W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM I JEDNOCZEŚNIE W ZAKŁADZIE)**

15A/1. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	<input type="checkbox"/> STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE
	<input type="checkbox"/> STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE
	<input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

**17A/1. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA W/W ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKŁADZIE LECZNICZYM
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W ZAKŁADZIE)**

kod praktyki

--	--

numer REGON
podmiotu leczniczego

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

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego														
adres miejsca udzielania świadczeń <input type="checkbox"/> jednostki organizacyjnej (ww. przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> komórki jednostki organizacyjnej <input type="checkbox"/> inne														
województwo	powiat	gmina/dzielnica												
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>												
miejsowość	telefon	faks/e-mail												

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI
WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**

15B. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

16B. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – kod praktyki **95**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

W DZIEDZINIE – kod praktyki **96**

**17B. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W MIEJSCU WEZWANIA**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**18B. ADRES SIEDZIBY – MIEJSCA PRZYJMOWANIA WEZWAŃ, PRZECHOWYWANIA
DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO
WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI**

kod praktyki

--	--

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miescowość

telefon

faks / e-mail

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE
W ZAKŁADZIE LECZNICZYM**

15C. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE

STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE

AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

16C. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM – kod praktyki **93**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

W DZIEDZINIE – kod praktyki **94**

**17C. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE
W ZAKŁADZIE LECZNICZYM (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

18C. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W ZAKŁADZIE)

kod praktyki

numer REGON
podmiotu leczniczego

nazwa zakładu leczniczego

adres miejsca udzielania świadczeń jednostki organizacyjnej (ww. zakładu) komórki jednostki organizacyjnej inne

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejscowość

telefon

faks / e-mail

UWAGA! W przypadku praktyki wykonywanej w więcej niż w jednym zakładzie należy wypełnić załącznik do wniosku

A-1.

21. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJokres ubezpieczenia od dn. do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna (dla wszystkich zdarzeń)

data

podpis lekarza składającego wniosek

* treść oświadczenia dotyczy praktyki wykonywanej w pomieszczeniu

** treść oświadczenia dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania

*** treść oświadczenia dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w zakładzie leczniczym

} *niepotrzebne skreślić***OŚWIADCZAM, ŻE:**

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis 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 określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654),

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
- posiadam zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej obejmujący 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, przystosowany do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania. *

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis 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 określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654),

a w szczególności:

- posiadam produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania
- posiadam zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej przystosowany do transportu obejmujący 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. **

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis 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 określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654). ***

Adres wnioskodawcy:

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu / nr lokalu

kod pocztowy

miejscowość

telefon

faks / e-mail

miejsce, data

imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY opinia organu sanitarnego umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej potwierdzenia opłaty za wpis