

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW
WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA**

A-2(I)**CZĘŚĆ I**data
przyjęcia

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

**2. ORGAN
PROWADZĄCY
REJESTR**L

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

kod izby

nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej

3. 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

WPIS DO REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW (spółka jawna lub partnerska)

LUB DO KRS (spółka cywilna)

TAK numer
REGON

| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

4c. REPREZENTOWANA PRZEZ

imiona i nazwisko przedstawiciela spółki

9. ADRES DO KORESPONDENCJI GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

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**4. LISTA LEKARZY STRON UMOWY SPÓŁKI, WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI
ORAZ MIEJSCE ICH STAŁEGO ZAMIESZKANIA**

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 <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY | | | numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| województwo | | powiat | | gmina/dzielnica | |
| ulica i nr domu/nr lokalu | | | miejscowość | | kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> |

| | | | | | |
|---|-------------------|--------|---|-----------------|--|
| NR | imiona i nazwisko | | | | |
| posiada tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY | | | numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| województwo | | powiat | | gmina/dzielnica | |
| ulica i nr domu/nr lokalu | | | miejscowość | | kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> |

| | | | | | |
|---|-------------------|--------|---|-----------------|--|
| NR | imiona i nazwisko | | | | |
| posiada tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY | | | numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| województwo | | powiat | | gmina/dzielnica | |
| ulica i nr domu/nr lokalu | | | miejscowość | | kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> |

| | | | | | |
|---|-------------------|--------|---|-----------------|--|
| NR | imiona i nazwisko | | | | |
| posiada tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY | | | numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | |
| województwo | | powiat | | gmina/dzielnica | |
| ulica i nr domu/nr lokalu | | | miejscowość | | kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> |

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania spółki

14a. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

dn.

| | | |
|---------------|------------|--|
| miejsce, data | 4c. | imię, nazwisko, pełniona funkcja i podpis przedstawiciela spółki |
|---------------|------------|--|

OŚWIADCZAM, ŻE:

- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 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. 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
 - 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

niepotrzebne skreślić

Adres wnioskodawcy (przedstawiciela spółki):

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

potwierdzenia opłaty za wpis