

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU  
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ  
 OBEJMUJĄCĄ WPIS DANYCH DOTYCZĄCYCH LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY  
 ZAMIERZAJĄCEGO WYKONYWAĆ DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ  
 NA OBSZARZE KOLEJNEJ IZBY LEKARSKIEJ**

B-1.1

data przyjęcia:

<b>1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ</b>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>								
<b>2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; text-align: center;"><b>L</b></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 15%;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 55%;"><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td></td> <td style="font-size: small;">kod izby</td> <td></td> <td style="font-size: small;">nazwa i siedziba okręgowej rady lekarskiej</td> </tr> </table>	<b>L</b>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>		kod izby		nazwa i siedziba okręgowej rady lekarskiej
<b>L</b>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>						
	kod izby		nazwa i siedziba okręgowej rady lekarskiej						
<b>4. DANE EWIDENCYJNE</b>									
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>									
posiadam tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY									
<b>5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ</b>	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 60%;"><input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/></td> <td style="width: 40%;">numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">w</td> <td style="text-align: center;"><input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/></td> </tr> </table>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)	w	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>				
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)								
w	<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>								
<b>6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY</b>	numer <input style="width: 60px;" type="text"/>								
<b>WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ</b>	TAK <input type="checkbox"/> numer REGON <input style="width: 60px;" type="text"/>								
<b>8. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)</b>	numer <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>								
<b>9. ADRES DO KORESPONDENCJI</b>									
<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>							
<input type="checkbox"/> *ulica i nr domu/nr lokalu lub									
<input type="checkbox"/> *nr skrytki pocztowej		oznaczenie placówki operatora pocztowego							
<input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>	<input style="width: 40px; height: 20px;" type="text"/>							
kod pocztowy	miejsowość	10 telefon							
11 e-mail	12 adres strony internetowej	faks							
<b>13. POSIADANE SPECJALIZACJE</b>									
posiadana specjalizacja	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>								
posiadana specjalizacja	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>								
posiadana specjalizacja	<input style="width: 100%; height: 20px;" type="text"/>								
<b>14a. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ</b>	dn. <input style="width: 60px;" type="text"/>								

**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	
lecznicych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. 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 [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
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 ZAKŁADZIE LECZNICZYM  
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. 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. zakładu) <input type="checkbox"/> komórki jednostki organizacyjnej <input type="checkbox"/> inne		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [ ] [ ] - [ ] [ ] [ ] [ ]
miejsowość	telefon	faks / e-mail

## INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

<input type="checkbox"/> <b>15B. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ</b>			
RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE			
<b>16B. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ</b>			
<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – kod praktyki <b>95</b> <input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki <b>96</b>			
<b>17B. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIEJSCU WEZWANIA</b>			kod praktyki <input type="text"/>
diagnostycznych			
lecniczych			
rehabilitacyjnych			
orzeczniczych			
<b>18B. ADRES SIEDZIBY – MIEJSCA PRZYJMOWANIA WEZWAŃ, PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI</b>			kod praktyki <input type="text"/>
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>	
miejsowość	telefon	faks / e-mail	

## INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

<input type="checkbox"/> <b>15C. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ</b>			
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			
<b>16C. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ</b>			
<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM – kod praktyki <b>93</b> <input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki <b>94</b>			
<b>17C. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)</b>			kod praktyki <input type="text"/>
diagnostycznych			
lecniczych			
rehabilitacyjnych			
orzeczniczych			

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

kod praktyki

(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W ZAKŁADZIE)

numer REGON  
podmiotu leczniczego

nazwa zakładu leczniczego .....

adres miejsca udzielania świadczeń  jednostki organizacyjnej (w/w przedsiębiorstwa)  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 B-1.1.**21. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**okres 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 przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

} **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