

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU  
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ  
 OBEJMUJĄCĄ ZMIANĘ DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ  
 LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY  
 WYKONYWANEJ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ  
 WPISANEJ DO REJESTRU WŁAŚCIWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

**B-1.2**

(wniosek należy złożyć do rady okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

|                |   |
|----------------|---|
| data przyjęcia | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |
|----------------|---|

|  |   |         |  |       |   |          |       |  |  |  |
|--|---|---------|--|-------|---|----------|-------|--|--|--|
| <b>1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ</b>   | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |         |  |       |   |          |       |  |  |  |
| <b>2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR</b>   | <table border="1"> <tr> <td style="width: 10%;">L</td> <td> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td>kod izby</td> <td>.....</td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="text-align: center;">nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej</td> </tr> </table>  | L       | <input type="text"/> <input type="text"/>          | ..... |   | kod izby | ..... | nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej |  |  |
| L  | <input type="text"/> <input type="text"/>   | .....   |  |       |   |          |       |  |  |  |
|  | kod izby  | .....   |  |       |   |          |       |  |  |  |
| nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej   |   |         |  |       |   |          |       |  |  |  |
| <b>4. DANE EWIDENCYJNE</b>   |   |         |  |       |   |          |       |  |  |  |
| imiona i nazwisko .....  |   |         |  |       |   |          |       |  |  |  |
| posiadam tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY |   |         |  |       |   |          |       |  |  |  |
| <b>5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /<br/>/ WOJSKOWEJ<br/>IZBY LEKARSKIEJ</b>                                  | <table border="1"> <tr> <td style="width: 60%;">w .....</td> <td>numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)</td> </tr> <tr> <td></td> <td> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> </table> | w ..... | numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.) |       | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |          |       |  |  |  |
| w .....  | numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)  |         |  |       |   |          |       |  |  |  |
|  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |         |  |       |   |          |       |  |  |  |

|  |   |   |        |                 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |                          |  |            |      |  |  |           |                              |  |
|--|---|---|--------|-----------------|--|--|--|--|--|--|---|---|---|--------------------------|--|------------|------|--|--|-----------|------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/>   | <b>9. ZMIANA ADRESU DO KORESPONDENCJI</b>   |   |        |                 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |                          |  |            |      |  |  |           |                              |  |
| <table border="1"> <tr> <td style="width: 30%;">województwo</td> <td style="width: 30%;">powiat</td> <td style="width: 40%;">gmina/dzielnica</td> </tr> <tr> <td colspan="3"> <input type="checkbox"/> *ulica i nr domu/nr lokalu<br/>           lub .....         </td> </tr> <tr> <td colspan="2"> <input type="checkbox"/> *nr skrytki pocztowej         </td> <td>oznaczenie placówki operatora pocztowego</td> </tr> <tr> <td> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> <td> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> </td> </tr> <tr> <td colspan="2">kod pocztowy miejscowość</td> <td>10 telefon</td> </tr> <tr> <td colspan="2">faks</td> <td></td> </tr> <tr> <td>11 e-mail</td> <td colspan="2">12 adres strony internetowej</td> </tr> </table> |   | województwo   | powiat | gmina/dzielnica | <input type="checkbox"/> *ulica i nr domu/nr lokalu<br>lub ..... |  |  | <input type="checkbox"/> *nr skrytki pocztowej |  | oznaczenie placówki operatora pocztowego | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | kod pocztowy miejscowość |  | 10 telefon | faks |  |  | 11 e-mail | 12 adres strony internetowej |  |
| województwo  | powiat  | gmina/dzielnica   |        |                 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |                          |  |            |      |  |  |           |                              |  |
| <input type="checkbox"/> *ulica i nr domu/nr lokalu<br>lub .....   |   |   |        |                 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |                          |  |            |      |  |  |           |                              |  |
| <input type="checkbox"/> *nr skrytki pocztowej   |   | oznaczenie placówki operatora pocztowego  |        |                 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |                          |  |            |      |  |  |           |                              |  |
| <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |        |                 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |                          |  |            |      |  |  |           |                              |  |
| kod pocztowy miejscowość   |   | 10 telefon  |        |                 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |                          |  |            |      |  |  |           |                              |  |
| faks   |   |   |        |                 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |                          |  |            |      |  |  |           |                              |  |
| 11 e-mail  | 12 adres strony internetowej  |   |        |                 |  |  |  |  |  |  |   |   |   |                          |  |            |      |  |  |           |                              |  |

|                          |  |
|--------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> | <b>13. INFORMACJA O UZYSKANYCH SPECJALIZACJACH</b> |
| uzyskana specjalizacja   |  |
| uzyskana specjalizacja   |  |

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/>   | <b>14c. INFORMACJA O OKRESOWYM ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO PRAKTYKĘ</b> |
| <input type="checkbox"/> Informuję, że zawieszam prowadzenie działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą<br>kod praktyki <input type="text"/> <input type="text"/> w okresie od <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> do <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
| <input type="checkbox"/>   | <b>14d. INFORMACJA O PODJĘCIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ LEKARZA PROWADZĄCEGO PRAKTYKĘ</b>              |
| <input type="checkbox"/> Informuję, że podejmuję prowadzenie działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą<br>kod praktyki <input type="text"/> <input type="text"/> z dniem <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>  |  |

# INFORMACJA O ZMIANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI

WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)

**16A. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU PRAKTYKI**

ZMIANA WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki **99**

**17A. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU DOTYCHCZAS UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA:**

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

kod praktyki

|                           |            |
|---------------------------|------------|
| ulica i nr domu/nr lokalu | miejsowość |
|---------------------------|------------|

|                   |  |
|-------------------|--|
| diagnostycznych   |  |
| leczniczych       |  |
| rehabilitacyjnych |  |
| orzeczniczych     |  |

**17A. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

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

kod praktyki

|                   |  |
|-------------------|--|
| diagnostycznych   |  |
| leczniczych       |  |
| rehabilitacyjnych |  |
| orzeczniczych     |  |

**18A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

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

kod praktyki

|                           |                                     |   |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|-------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| województwo               | powiat                              | gmina/dzielnica   |  |  |  |  |  |  |
| ulica i nr domu/nr lokalu |                                     | kod pocztowy <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|                           |                                     |   |  |  |  |  |  |  |
| miejsowość                | telefon                             | faks  |  |  |  |  |  |  |
| e-mail                    | <b>12</b> adres strony internetowej |   |  |  |  |  |  |  |

**17A. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W JEDNYM Z DOTYCHCZASOWYCH POMIESZCZEŃ (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA (WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)**

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

kod praktyki

|                           |                                     |   |  |  |  |  |  |  |
|---------------------------|-------------------------------------|---|--|--|--|--|--|--|
| województwo               | powiat                              | gmina/dzielnica   |  |  |  |  |  |  |
| ulica i nr domu/nr lokalu |                                     | kod pocztowy <table style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td><td style="width: 15px; height: 15px; border: 1px solid black;"></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |
|                           |                                     |   |  |  |  |  |  |  |
| miejsowość                | telefon                             | faks  |  |  |  |  |  |  |
| e-mail                    | <b>12</b> adres strony internetowej |   |  |  |  |  |  |  |

**WYKONYWANEJ JEDNOCZEŚNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM**  
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ JEDNOCZEŚNIE W GABINECIE I ZAKŁADZIE)

**15A/1. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W ZAKŁADZIE**

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

**17A/1. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ  
ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ  
PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

kod praktyki

|                   |  |
|-------------------|--|
| diagnostycznych   |  |
| lecniczych        |  |
| rehabilitacyjnych |  |
| orzeczniczych     |  |

**18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

|                      |
|----------------------|
| <input type="text"/> |
|----------------------|

kod praktyki

numer REGON zakładu leczniczego

|  |         |                                   |
|--|---------|-----------------------------------|
| nazwa zakładu 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 <input type="text"/> |
| miejsowość   | telefon | faks/e-mail                       |

**17A/1. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
18A/1. W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W JEDNYM Z DOTYCHCZASOWYCH  
ZAKŁADU LECZNICZEGO – ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ  
(WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)  
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ JEDNOCZEŚNIE W GABINECIE I PRZEDSIĘBIORSTWIE)**

|                      |                      |
|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|

kod praktyki

|  |         |                                   |
|--|---------|-----------------------------------|
| nazwa zakładu 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 <input type="text"/> |
| miejsowość   | telefon | faks/e-mail                       |

## INFORMACJA O ZMIANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

|  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/>                       | <b>16B. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU PRAKTYKI LEKARSKIEJ</b>  |
| <b>ZMIANA WYKONYWANEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:</b> |  |
| <input type="checkbox"/>                       | INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – kod praktyki <b>95</b>   |
| <input type="checkbox"/>                       | INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA<br>W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki <b>96</b> |

|                           |  |  |
|---------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/>  | <b>17B. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA</b> | <input type="checkbox"/><br><small>kod praktyki</small>  |
| diagnostycznych           |  |  |
| lecniczych                |  |  |
| rehabilitacyjnych         |  |  |
| orzeczniczych             |  |  |
| <input type="checkbox"/>  | <b>18B. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY MIEJSCA PRZYJMOWANIA WEZWAŃ, PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI – ADRES</b>              | <input type="checkbox"/><br><small>kod praktyki</small>  |
| województwo               | powiat   | gmina/dzielnica  |
| ulica i nr domu/nr lokalu |  | kod pocztowy <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> - <input style="width: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/> |
| miejsowość                | telefon  | faks / e-mail  |

## INFORMACJA O ZMIANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

|   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/>                              | <b>15C. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU DZIAŁALNOŚCI LUB PRAKTYKI LECZNICZEJ</b>   |   |
| <b>RODZAJ ZAMIERZONEJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:</b>    | <input type="checkbox"/> STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE <input type="checkbox"/> SZPITALNE<br><input type="checkbox"/> INNE NIŻ SZPITALNE <input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE |   |
| <b>16C. W RAMACH WYKONYWANEJ 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<br>W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki <b>94</b>   |   |
| <input type="checkbox"/>                              | <b>17C. DANE DOTYCZĄCE ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU DOTYCHCZAS UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM – ADRES MIEJSCA UDZIELANI ŚWIADCZEŃ:</b>        | <input type="checkbox"/><br><small>kod praktyki</small> |
| ulica i nr domu/nr lokalu                             |  | miejsowość  |
| diagnostycznych                                       |  |   |
| lecniczych  |  |   |
| rehabilitacyjnych                                     |  |   |
| orzeczniczych   |  |   |

**17C. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM**



|                   |  |
|-------------------|--|
| diagnostycznych   |  |
| lecniczych        |  |
| rehabilitacyjnych |  |
| orzeczniczych     |  |

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



numer REGON zakładu 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 <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| miejsowość                | telefon | faks/e-mail  |

**17C. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**  
**18C. W JEDNYM Z DOTYCHCZASOWYCH ZAKŁADÓW LECZNICZYCH – ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**  
(WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)



**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 <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| miejsowość                | telefon | faks/e-mail  |

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

**B-1.2.**

**INFORMACJA O ZMIANIE DANYCH DOTYCZĄCYCH**

**21. INFORMACJI O PONOWNYM UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**

okres ubezpieczenia od dn.  do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna .....

**22. INFORMACJI O UZYSKANEJ AKREDYTACJI LUB CERTYFIKACJI W ZAKRESIE SPEŁNIANIA STANDARDÓW – JAKOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Informuję, że praktyka lekarska wpisana do rejestru – kod izby **L** , kod praktyki  – uzyskała akredytację/certyfikację

Data wydania certyfikatu dn.  Zakres akredytacji lub certyfikacji

**23. INFORMACJI DOTYCZĄCEJ UZYSKANEJ AKREDYTACJI DO PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO**

Informuję, że praktyka lekarska wpisana do rejestru – kod izby **L** , kod praktyki  – uzyskała wpis

na listę marszałka województwa ..... podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego z dniem

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie .....

z dniem

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia stażu kierunkowego w zakresie .....

z dniem

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych do prowadzenia szkolenia w celu uzyskania umiejętności w zakresie .....

z dniem

data

podpis lekarza składającego wniosek

- \* dotyczy zmiany danych dotyczących praktyki wykonywanej w pomieszczeniu
- \*\* dotyczy zmiany danych dotyczących praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania
- \*\*\* dotyczy zmiany danych praktyki wykonywanej wyłącznie w zakładzie leczniczym

} **niepotrzebne skreślić**

**OŚWIADCZAM, ŻE:**

- 1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu 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 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, przystosowany do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania. \*

- 1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu 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 zmianę wpisu 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 -

miejsceowość  telefon  faks / e-mail

miejsce, data  imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

**ZAŁĄCZONE DOKUMENTY**

- opinia organu sanitarnego     umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej     potwierdzenia opłaty za zmianę wpisu