

B-1.3

**WNIOSK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCĄ WPIS DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
 LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY ZAMIERZAJĄCEGO WYKONYWAĆ
 KOLEJNY RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 NA OBSZARZE WŁAŚCIWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

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

data przyjęcia

1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ

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.)

**14A. PRZEWDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
 W FORMIE KOLEJNEGO RODZAJU PRAKTYKI**

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 WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU

(DLA KAŻDEGO MIEJSCA [GABINETU] WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

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 PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

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 INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W ZAKŁADZIE)

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 <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												

INFORMACJA O JEDNOCZESNYM ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ PRAKTYKI WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA LUB/I WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM WPISANYCH DO REJESTRU

Informuję, że z dniem <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> jednocześnie zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby L <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> , kod praktyki <table border="1"> <tr> <td> </td> <td> </td> </tr> </table> – i wnioskuję o wykreślenie danych dotyczących praktyki z rejestru.														

- INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM – kod praktyki **93**
- INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM
W DZIEDZINIE – kod praktyki **94**
- INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – kod praktyki **95**
- INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA
W DZIEDZINIE – kod praktyki **96**

26. INFORMACJA DOTYCZĄCA MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ PRAKTYKI WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej praktyki lekarskiej – kod praktyki

województwo powiat gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu kod pocztowy -

miescowosc 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 -

miescowosc telefon faks / e-mail

INFORMACJA O JEDNOCZESNYM ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI WPISANEJ DO REJESTRU – JEŻELI JEST WYKONYWANA (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM LUB JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

Informuję, że z dniem zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby **L** , kod praktyki
– i wnioskuję o wykreślenie danych dotyczących praktyki z rejestru.

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

- INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**
 INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE – kod praktyki **99**

26. MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRAKTYKI DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE)

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej praktyki lekarskiej

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
miescowosc	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 PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)

kod praktyki

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

18C. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM (DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W ZAKŁADZIE)

LECZNICZYM

kod praktyki

--	--

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

mięscowość

telefon

faks/e-mail

INFORMACJA O JEDNOCZESNYM ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI WPISANEJ DO REJESTRU – JEŻELI JEST WYKONYWANA
(W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM LUB JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

Informuję, że z dniem

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

 zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej

do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby **L**

--	--

, kod praktyki

--	--

– i wnioskuję o wykreślenie danych dotyczących praktyki z rejestru.

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ

W DZIEDZINIE – kod praktyki **99**

26. MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRAKTYKI DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE)

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej praktyki lekarskiej

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

mięscowość

telefon

faks / e-mail

UWAGA! W przypadku praktyki wykonywanej w więcej niż w jednym przedsiębiorstwie należy wypełnić załącznik do wniosku B-1.3.

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 <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
miejsowość	telefon	faks / e-mail
miejsce, data		imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- opinia organu sanitarnego (dotyczy praktyki wykonywanej w pomieszczeniu) potwierdzenia opłaty za zmianę wpisu