

**WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU DO REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCĄ WPIS DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
 WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW
 W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA
 NA OBSZARZE KOLEJNEJ IZBY LEKARSKIEJ**

B-2.1(I)

CZĘŚĆ I		data przyjęcia																	
1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ					WYPEŁNIA PRZEDSTAWICIEL SPÓŁKI SKŁADAJĄCY WNIOSEK O ZMIANĘ WPISU														
2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR		<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; vertical-align: middle;">L</td> <td style="width: 40px; border: 1px solid black; text-align: center;"> </td> <td style="border: none;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none;">kod izby</td> <td style="border: none;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;">nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej</td> </tr> </table>								L			kod izby			nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej	
L																		
	kod izby																	
		nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej																	
3. FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA SPÓŁKI																			
97 GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA <input type="checkbox"/> LEKARZY <input type="checkbox"/> LEKARZY DENTYSTÓW <input type="checkbox"/> LEKARZY / LEKARZY DENTYSTÓW																			
<input type="checkbox"/> W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ <input type="checkbox"/> W FORMIE SPÓŁKI PARTNERSKIEJ <input type="checkbox"/> W FORMIE SPÓŁKI JAWNEJ																			
WPIS DO REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW (spółka jawna lub partnerska)						numer REGON <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table>													
LUB DO KRS (spółka cywilna) TAK <input type="checkbox"/>																			
4c. REPREZENTOWANA PRZEZ	 <i>imiona i nazwisko przedstawiciela spółki</i>																	
9. ADRES DO KORESPONDENCJI GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ																			
województwo			powiat			gmina/dzielnica													
<input type="checkbox"/> *ulica i nr domu/nr lokalu lub																			
<input type="checkbox"/> *nr skrytki pocztowej					oznaczenie placówki operatora pocztowego														
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> <td style="width: 20px; border: 1px solid black;"> </td> </tr> </table> kod pocztowy							miejsowość		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	<input type="checkbox"/> LEKARZA		<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY		numer rejestru														
województwo			powiat			gmina/dzielnica													
ulica i nr domu/nr lokalu				miejsowość			kod pocztowy												
NR	imiona i nazwisko																		
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA		<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY		numer rejestru														
województwo			powiat			gmina/dzielnica													
ulica i nr domu/nr lokalu				miejsowość			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		miejsowość	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		miejsowość	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		miejsowość	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		miejsowość	kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania spółki

12. 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"/>	
miejsowość	telefon	faks / e-mail	

potwierdzenia opłaty za wpis