

NR NA LIŚCIE STRON UMOWY SPÓŁKI,
WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI

CZĘŚĆ II

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

CZĘŚĆ II WNIOSKU WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA ODRĘBNE DLA
KAŻDEGO WSPÓLNIKA, KTÓRY BĘDZIE UDZIELAŁ ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

4. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy

LEKARZA

LEKARZA DENTYSTY

**5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
/ WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ**

kod izby

w

numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)

21. INFORMACJA O PONOWNYM UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

okres ubezpieczenia od dn. do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna (dla wszystkich zdarzeń)

13. UZYSKANE SPECJALIZACJE

posiadana
specjalizacja

posiadana
specjalizacja

**16. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZMIANY RODZAJU PRAKTYKI WYKONYWANEJ W RAMACH GRUPOWEJ
PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

ZMIANA RODZAJU PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI:

97 (98) PRAKTYKA LEKARSKA

97 (99) SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE

**17. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZMIANY RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYKONYWANYCH W DOTYCHCZASOWYM
POMIESZCZENIU (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA:**

97

kod praktyki

ulica i nr domu/nr lokalu

miejsowość

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**17.a) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W DOTYCHCZASOWYM POMIESZCZENIU (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA
(WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)**

97 ()
kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>	
miejsowość	telefon	faks	
e-mail	12	adres strony internetowej	

**18. INFORMACJA DOTYCZĄCA ZMIANY ADRESU MIEJSCA DOTYCHCZAS UDZIELANYCH
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

97 ()
kod praktyki

województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>	
miejsowość	telefon	faks	
e-mail	12	adres strony internetowej	

**INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
PRZEZ LEKARZA SKREŚLONEGO Z LISTY STRON UMOWY WSPÓLNIKÓW
LUB PARTNERÓW SPÓŁKI**

97 ()
kod praktyki

Informuję, że lekarz/lekarz dentyista – nr wpisu na liście z dniem zaprzestaje działalności leczniczej w formie praktyki lekarskiej wykonywanej w ramach grupowej praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską

L i wnioskuję o wykreślenie danych dotyczących praktyki z rejestru.
kod izby

26. INFORMACJA O MIEJSCU PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej grupowej praktyki lekarskiej na obszarze jednej z okręgowych izb lekarskich

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

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

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

opinia organu sanitarnego umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej