

**WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCĄ WYKREŚLENIE DANYCH**

C-1

DOTYCZĄCYCH ZAKOŃCZONEJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY WYKONYWANEJ W FORMIE JEDNEGO RODZAJU PRAKTYKI WPISANEJ DO REJESTRU WŁAŚCIWEJ IZBY LEKARSKIEJ (wniosek należy złożyć do rady okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZA/LEKARZA DENTYSTĘ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ (wniosek należy złożyć do każdej rady okręgowej, która dokonała wpisu 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.)

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

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE JEDNEJ Z PRAKTYK WPISANYCH DO REJESTRU

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.

INDYWIDUALNA PRAKTYKA WYKONYWANA W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM LUB JEDNOCZEŚNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM)

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**

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

PRAKTYKA WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

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**

PRAKTYKA WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

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**

26. INFORMACJA DOTYCZĄCA MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRAKTYKI DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE) LUB 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 -

mięscowość

telefon

faks / e-mail

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Informuję, że z dniem zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki/praktyk wpisanej(ych) do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską:

– kod izby **L** , kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

– kod izby **L** , kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

– kod izby **L** , kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

kod praktyki rodzaj praktyki

i wnioskuję o wykreślenie danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

26. INFORMACJA DOTYCZĄCA MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRAKTYKI DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINECIE) LUB WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie jednej z wymienionych praktyk lekarskich kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy -

mięscowość

telefon

faks / e-mail

data

podpis lekarza składającego wniosek