

**WNIOSEK O WYKREŚLENIE Z REJESTRU
PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ DANYCH
DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

C-2

OBEJMUJĄCĄ WYKREŚLENIE DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA NA OBSZARZE JEDNEJ Z OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH

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

WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA

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

1. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>													data przyjęcia	<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>										
2. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR	<table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"> <tr> <td style="width: 10%; text-align: center;">L</td> <td style="width: 10%; text-align: center;"> <table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table> </td> <td style="width: 80%; border-bottom: 1px dotted black;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> kod izby nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej </div> </td> </tr> </table>			L	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> kod izby nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej </div>																		
L	<table border="1" style="width: 20px; height: 20px;"> <tr><td> </td></tr> </table>		<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> kod izby nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej </div>																						
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																									
4c. REPREZENTOWANA PRZEZ	<div style="text-align: right;"><i>imiona i nazwisko przedstawiciela spółki</i></div>																								

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ LEKARZY/ LEKARZY DENTYSTÓW W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WPISANEJ DO REJESTRU PRZEZ WŁAŚCIWĄ OKRĘGOWĄ RADĘ LEKARSKĄ

Informuję, że z dniem <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table> zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej grupowa praktyka lekarska wykonywana przez lekarzy/lekarzy dentystów/ lekarzy i lekarzy dentystów w formie spółki <input type="checkbox"/> cywilnej <input type="checkbox"/> partnerskiej <input type="checkbox"/> jawnej wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby L <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> , kod praktyki <table border="1" style="display: inline-table; width: 40px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 20px;"> </td><td style="width: 20px;"> </td> </tr> </table> – i wnioskuję o wykreślenie praktyki z rejestru.														

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 <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>											
miejsowość	telefon	faks / e-mail											

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ LEKARZY/ LEKARZY DENTYSTÓW W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Informuję, że z dniem zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej grupowa praktyka lekarska wykonywana przez lekarzy/lekarzy dentystów / lekarzy i lekarzy dentystów w formie spółki cywilnej partnerskiej jawnej wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską:

– kod izby **L** , kod praktyki ; – kod izby **L** , kod praktyki ; – kod izby **L** , kod praktyki

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

26. INFORMACJA O MIEJSCU PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie spółki jako grupowa praktyka lekarska na obszarze jednej z okręgowych izb lekarskich

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

miejsce, data

4c.

imię, nazwisko, pełniona funkcja i podpis przedstawiciela spółki