

# INFORMACJA O KOLEJNYCH MIEJSCACH WYKONYWANIA PRAKTYKI

ZAŁĄCZNIK DO WNIOSKU

A-1,  B-1.1 LUB  B-1.3

## 4. DANE EWIDENCYJNE

imię i nazwisko .....

posiadam tytuł zawodowy  LEKARZA  LEKARZA DENTYSTY

## INFORMACJE DOTYCZĄCE PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM MIEJSCU – GABINECIE LUB W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

### 17A. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

### 18A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W WW. KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE) (DLA KAŻDEGO MIEJSCA [GABINETU] WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

kod praktyki

--	--

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

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

miejsowość

telefon

faks / e-mail

### KOLEJNE MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI WYKONYWANEJ JEDNOCZEŚNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM (DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM I JEDNOCZEŚNIE W ZAKŁADZIE )

#### 15A/1. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

- STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE  
 STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE  
 AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

### 17A/1. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

# INFORMACJA O KOLEJNYCH MIEJSCACH WYKONYWANIA PRAKTYKI

**18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM  
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

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

miescowość

telefon

faks/e-mail

## INFORMACJE DOTYCZĄCE PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM ZAKŁADZIE W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM

**15C. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

**RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:**

STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

SZPITALNE

INNE NIŻ SZPITALNE

AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

**17C. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM ZAKŁADZIE  
(DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)**

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**18C. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W KOLEJNYM 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

miescowość

telefon

faks/e-mail

data

podpis lekarza składającego wniosek