

1. Nazwisko \_\_\_\_\_ Imię \_\_\_\_\_
2. Data i miejsce urodzenia \_\_\_\_\_
3. Adres siedziby:  
miejsowość \_\_\_\_\_ ulica \_\_\_\_\_  
nr domu, lokalu \_\_\_\_\_ kod pocztowy \_\_\_\_\_
4. Numer prawa wykonywania zawodu \_\_\_\_\_
5. Tytuł zawodowy \_\_\_\_\_
6. Miejsce wykonywania praktyki lekarskiej :  
ulica \_\_\_\_\_ nr lokalu \_\_\_\_\_  
kod \_\_\_\_\_ miejscowość \_\_\_\_\_  
telefon \_\_\_\_\_ fax \_\_\_\_\_  
dni i godziny przyjęć \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_
7. Nr Urzędu Skarbowego \_\_\_\_\_

Załączniki:

1. Wypełnione wnioski.
2. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty
3. Dyplomy specjalizacyjne
4. Zaświadczenie o zatrudnieniu
5. Zaświadczenie o opłaceniu składek członkowskich na rzecz OIL w Szczecinie
6. Postanowienie – Opinia Organu Sanitarnego wydana po 23.03.2000 roku.
7. Ksero umowy na spalenie odpadów.
8. Ksero umowy z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji, w przypadku gdy pomieszczenie nie jest wyposażone w sprzęt do sterylizacji.
9. Dokumenty potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być wykonywana praktyka ( umowa najmu, dzierżawy, prawo własności – akt notarialny lub odpis z księgi wieczystej), dowód przydziału lokalu przez spółdzielnię mieszkaniową, umowa użyczenia itp.)
10. Nr PESEL \_\_\_\_\_
11. Nr NIP \_\_\_\_\_
12. Dowód osobisty
13. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych.
14. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej Urzędu Miejskiego / Gminy.
15. Regon
16. Podpisane oświadczenie.
17. Dokumenty potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być prowadzona praktyka-siedziba ( umowa najmu, dzierżawy, prawo własności – akt notarialny lub odpis z księgi wieczystej), dowód przydziału lokalu przez spółdzielnię mieszkaniową, umowa użyczenia itp