

## WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH PRAKTYK LEKARSKICH

(nazwa i siedziba Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

### CZĘŚĆ A WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

- INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ  
 INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

nr akt	
data przyjęcia	

### DANE EWIDENCYJNE

nazwisko i imiona	
Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej	numer rejestru
W .....	<input type="text"/>
prawo wykonywania zawodu nr <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> nieograniczone <input type="checkbox"/> ważne do dnia <input type="text"/>

### OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich są kompletne i zgodne z prawdą oraz że znane mi są i spełniam warunki prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie indywidualnej praktyki lekarskiej określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.)

data <input type="text"/>	podpis <input type="text"/>
---------------------------	-----------------------------

### MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

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

### PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT

Okres	Miejsce	Stanowisko

### ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> opinia organu sanitarnego <input type="checkbox"/> potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia <input type="checkbox"/> umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji <input type="checkbox"/> kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/> inne:
--	--------------------------------

data	podpis
------	--------

**KSEROKOPIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU**

(strony zawierające dane osobowe, potwierdzenie wpisu do rejestru Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej,  
posiadanych specjalizacji i umiejętności medycznych)

**LUB POTWIERDZENIE DANYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ/WOJSKOWĄ RADĘ LEKARSKĄ**

CZĘŚĆ B\* NR

(ciemnozielony – PANTONE 7482 U)

- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE, WYROBY MEDYCZNE, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA I ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

<b>WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA</b> <i>*Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka lekarska</i>	
nr akt	
data przyjęcia	

nazwisko i imiona

**ADRES PRAKTYKI/MIEJSCE WYKONYWANIA PRAKTYKI**

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

**RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)**

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

data

podpis

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**  
**UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA**

<input type="checkbox"/> AKT WŁASNOŚCI	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA

**SZKIC SYTUACYJNY POMIESZCZENIA**

Należy zaznaczyć okna, wejście do pomieszczenia, drzwi lub komunikację wewnętrzną, podać nazwy poszczególnych części pomieszczenia i ich powierzchnię.

<b>MIEJSCE I SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ *</b>			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy       -
miejscowość	telefon	sposób przyjmowania wezwań	
<b>MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI *</b>			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy       -
miejscowość	telefon	faks	
* Wypełnia lekarz, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania.			



**WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA**

**OPINIA ORGANU SANITARNEGO O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIAJĄCYCH UDZIELANIE OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

nazwa organu

data 

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

 - 

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

 - 

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

**SPRAWOZDANIE ZESPOŁU WIZYTACYJNEGO**

Zespół wizytacyjny powołany uchwałą nr		ORL/WRL z dnia	
--	--	----------------	--

w składzie

przeprowadził w dniu		wizytację pomieszczenia
----------------------	--	-------------------------

i dokonał oceny pomieszczenia, urządzeń, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, sprzętu i aparatury medycznej/środków łączności, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, produktów leczniczych, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji.

Zespół potwierdza dane złożone we wniosku zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 3, ust. 8 pkt 4 i ust. 9 pkt 1,3 i 4 lub art. 50 ust. 6 pkt 2 i 3, ust. 8 pkt 5 i ust. 9 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zespół stwierdza rozbieżność następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym.

**Opinia zespołu o możliwości udzielenia deklarowanych świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej z zachowaniem zasad określonych w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty**

data	podpisy członków zespołu
------	--------------------------

Uwagi

## CZĘŚĆ C

### WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ RADY LEKARSKIEJ W .....

	Numer uchwały ORL/WRL		z dnia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> o wpisie praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> o wpisie praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich wyłącznie w miejscu wezwania			
	prowadzonej przez Panią/Pana			
	wpisano praktykę do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich		pod nr	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	nie wpisano praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich <i>(uzasadnienie w załączeniu)</i>			
data		podpis		

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE

--

