

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK LEKARSKICH

..... (nazwa i siedziba Okręgowej/Wojсковej Izby Lekarskiej)		nr akt	
CZĘŚĆ A WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA	☐ PRAKTYKI W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ	data	
	☐ PRAKTYKI W FORMIE SPÓŁKI PARTNERSKIEJ	przyjęcia	

DANE EWIDENCYJNE

GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA	☐ LEKARZY	☐ LEKARZY DENTYSTÓW
reprezentowanych przez – nazwisko i imiona przedstawiciela spółki:		
umowa spółki prawa cywilnego z dnia /odpis wpisu do księgi rejestru sądowego spółki partnerskiej (w załączeniu)		

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich są kompletne i zgodne z prawdą oraz że znane mi są i spełniam warunki prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie grupowej 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		imię i nazwisko, funkcja i podpis przedstawiciela spółki
------	--	--

ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy
mięscowość	telefon	faks/e-mail

LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI ORAZ MIEJSCA STAŁEGO ZAMIESZKANIA

NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojсковej Izby Lekarskiej w		numer rejestru 	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu	mięscowość	kod pocztowy 	

NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojсковej Izby Lekarskiej w		numer rejestru 	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu	mięscowość	kod pocztowy 	

NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojсковej Izby Lekarskiej w		numer rejestru 	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu	mięscowość	kod pocztowy 	

NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojсковej Izby Lekarskiej w		numer rejestru 	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu	mięscowość	kod pocztowy 	

NR	nazwisko i imiona				
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w					numer rejestru [][]-[][]-[][][][][][][][]
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy [][]-[][][][]
NR	nazwisko i imiona				
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w					numer rejestru [][]-[][]-[][][][][][][][]
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy [][]-[][][][]
NR	nazwisko i imiona				
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w					numer rejestru [][]-[][]-[][][][][][][][]
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy [][]-[][][][]
NR	nazwisko i imiona				
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w					numer rejestru [][]-[][]-[][][][][][][][]
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy [][]-[][][][]
NR	nazwisko i imiona				
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w					numer rejestru [][]-[][]-[][][][][][][][]
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy [][]-[][][][]
NR	nazwisko i imiona				
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w					numer rejestru [][]-[][]-[][][][][][][][]
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy [][]-[][][][]
NR	nazwisko i imiona				
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w					numer rejestru [][]-[][]-[][][][][][][][]
województwo		powiat		gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			miejscowość		kod pocztowy [][]-[][][][]
miejsce/data			podpis przedstawiciela spółki		

CZĘŚĆ B* NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI☐ DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA☐ DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE I WYROBY MEDYCZNE, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W TYM POMIESZCZENIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

* Część B wniosku wypełnia wnioskodawca odrębnie dla **każdego** wspólnika oraz pomieszczenia, w którym lekarz i lekarz dentysta, wspólnik spółki będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej.

nr akt

data
przyjęcia

DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA

nazwisko i imiona	
Posiadam tytuł ☐ LEKARZA ☐ LEKARZA DENTYSTY	
prawo wykonywania zawodu nr ☐ nieograniczone ☐ ważne do dnia 	
posiadana specjalizacja	
posiadana specjalizacja	
posiadana specjalizacja	
posiadana umiejętność medyczna	
posiadana umiejętność medyczna	

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT

Okres	Miejsce	Stanowisko

POTWIERDZENIE DANYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ/WOJSKOWĄ RADĘ LEKARSKĄ

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

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy
miejsowość	telefon	faks/e-mail

ZAKRES I RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, ZDROWOTNYCH)

dziedzina medycyny	
dziedzina medycyny	
dziedzina medycyny	
dziedzina medycyny	
dziedzina medycyny	

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA

☐ AKT WŁASNOŚCI	☐ UMOWA NAJMU
☐ UMOWA PODNAJMU	☐ UMOWA UŻYCZENIA

SZKIC SYTUACYJNY POMIESZCZENIA

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

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- ☐ opinia organu sanitarnego
- ☐ potwierdzające prawo spółki do korzystania z pomieszczenia
- ☐ umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji

☐ inne:

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

DANE O WYPOSAŻENIU POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE, WYROBY MEDYCZNE

Nazwa	Ilość

DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

OŚWIADCZENIE

Świadoma/-my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego:

Oświadczam, że wspólnik posiada zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej obejmujący w szczególności: zestaw rurek ustno-gardłowych, zestaw masek twarzowych, worek samorozprężalny, sprzęt niezbędny do kaniulizacji żył, płyny infuzyjne oraz niezbędne leki i środki opatrunkowe, aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop.

podpis przedstawiciela spółki

data

podpis przedstawiciela spółki

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.

☐☐

Opinia zespołu o możliwości udzielenia deklarowanych przez współnika spółki świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej 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	
☐	o wpisie praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich			
☐	prowadzonej w zakresie			
☐	przez lekarzy/lekarzy dentystów wpisanych na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej/partnerskiej			
☐	wpisano praktykę do rejestru grupowych praktyk lekarskich		pod nr	
☐	nie wpisano praktyki do rejestru grupowych praktyk lekarskich (uzasadnienie w załączeniu)			
data		podpis i pieczęć		

DANE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

[illegible]

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYK Z REJESTRU

Nr uchwały ORL/WRL		z dnia	
Skreślono z rejestru grupowych praktyk lekarskich praktykę prowadzoną przez lekarzy/lekarzy dentystów wpisanych na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej/partnerskiej			
zarejestrowaną pod nr			w związku:
☐	ze złożeniem oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki przez wspólnika spółki		w dniu
☐	z niespełnieniem wymogów prowadzenia grupowej praktyki lekarskiej określonych w art. 50a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty		z dniem
☐	ze złożeniem wniosku przez przedstawiciela spółki o skreślenie praktyki z rejestru grupowych praktyk lekarskich		z dniem
data		podpis i pieczęć	