

Rodzaj dokonywanej zmiany we wpisie do rejestru indywidualnych/ specjalistycznych praktyk lekarskich OIL w Szczecinie _____

rozszerzenie zakresu działalności, zmiana miejsca wykonywania praktyki, zmiana miejsca siedziby, zmiana nazwiska, inne

1. Nazwisko _____ Imię _____

2. Data i miejsce urodzenia _____

3. Adres siedziby:

kod _____ miejscowość _____ ulica _____

nr-lokalu _____ telefon _____

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. Zaświadczenie o opłaceniu składek członkowskich na rzecz OIL w Szczecinie
3. Postanowienie - Opinia Organu Sanitarnego wydana po 23.03.2000 roku.
4. Ksero umowy na spalenie odpadów.
5. Ksero umowy z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji, w przypadku gdy pomieszczenie nie jest wyposażone w sprzęt do sterylizacji.
6. 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.
7. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej Urzędu Miejskiego / Gminy.
8. Regon
9. Podpisane oświadczenie.
10. Oryginał zaświadczenia i zezwolenia o wpisie do rejestru indywidualnych /specjalistycznych praktyk lekarskich
11. Dokumenty potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być prowadzona praktyka (umowa najmu, dzierżawy, prawo własności - akt notarialny lub odpis z księgi wieczystej), dowód przydziału lokalu przez spółdzielnię mieszkaniową, umowa użyczenia itp. - siedziby