

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 domu, lokalu _____

kod _____ miejscowość _____

telefon _____ fax _____

dni i godziny przyjęć _____

7. Nr Urzędu Skarbowego _____

Załączniki:

12. Wypełnione wnioski

13. Prawo wykonywania zawodu lekarza / lekarza dentystry

14. Dyplomy specjalizacyjne

15. Zaświadczenie o zatrudnieniu

16. Zaświadczenie o opłaceniu składek członkowskich na OIL w Szczecinie

17. Postanowienie - Opinia Organu Sanitarnego wydana po 23.03.2000 roku

18. Ksero umowy na spalanie odpadów

19. Ksero umowy z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji, w przypadku gdy pomieszczenie nie jest wyposażone w sprzęt do sterylizacji

20. 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.

21. NrPESEL _____

22. NrNIP _____

23. Dowód osobisty

24. Zaświadczenie o stanie zdrowia wystawione przez lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych.

25. Zaświadczenie o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej z Urzędu Miejskiego / Gminy

26. Regon

27. Podpisane oświadczenie

28. 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.