

4. DANE EWIDENCYJNE

imiona i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy ☐ LEKARZA ☐ LEKARZA DENTYSTY

**INFORMACJE O ZMIANIE DANYCH
DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM MIEJSCU (GABINECIE)
LUB W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

☐ **17A. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH
ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ
W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

kod
praktyki

--	--

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**17A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM
18A. POMIESZCZENIU (GABINECIE)**

kod
praktyki

--	--

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

--	--	--	--

 –

--	--	--	--

mięscowość

telefon

faks

e-mail

12 adres strony internetowej

☐ **17A. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
18A. W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W JEDNYM Z DOTYCHCZASOWYCH
POMIESZCZEŃ (GABINECIE) – ADRES POMIESZCZENIA (WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU
ŚWIADCZEŃ ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)**

--	--

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

--	--	--	--

 –

--	--	--	--

mięscowość

telefon

faks

e-mail

12 adres strony internetowej

☐

**DANE DOTYCZĄCE KOLEJNEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI
W JEDNOCZEŚNIE ZAKŁADZIE LECZNICZYM**
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM
I JEDNOCZEŚNIE W ZAKŁADZIE)

☐

15A/1. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	☐ STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE
	☐ STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE
	☐ AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

☐

**17A/1. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM**

--	--

kod praktyki

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM**

--	--

kod praktyki

numer REGON zakładu leczniczego

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

nazwa zakładu leczniczego								
adres miejsca udzielania świadczeń ☐ jednostki organizacyjnej (ww. zakładu) ☐ komórki jednostki organizacyjnej ☐ inne								
województwo	powiat	gmina/dzielnica						
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
miejsowość	telefon	faks/e-mail						

☐

**17A/1. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
18A/1. W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W JEDNYM Z DOTYCHCZASOWYCH
ZAKŁADÓW LECZNICZYCH – ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ**
(WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ JEDNOCZE NIE W GABINECIE I ZAKŁADZIE)

--	--

kod praktyki

nazwa zakładu leczniczego								
adres miejsca udzielania świadczeń ☐ jednostki organizacyjnej (ww. zakładu) ☐ komórki jednostki organizacyjnej ☐ inne								
województwo	powiat	gmina/dzielnica						
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>						
miejsowość	telefon	faks/e-mail						

**INFORMACJE O ZMIANIE DANYCH
DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM ZAKŁADZIE
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ
WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W ZAKŁADZIE LECZNICZYM**

15C. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

- ☐ STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE
- ☐ STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE
- ☐ AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

17C. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

18C. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM ZAKŁADZIE LECZNICZYM

kod praktyki

--	--

numer REGON
zakładu leczniczego

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

nazwa zakładu leczniczego

adres miejsca udzielania świadczeń ☐ jednostki organizacyjnej (ww. zakładu) ☐ komórki jednostki organizacyjnej ☐ inne

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

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

miejscowość

telefon

faks/e-mail

data

podpis lekarza składającego wniosek