

WNIOSEK O

C

- WPIS ZMIANY W REJESTRZE – WYKREŚLENIE Z REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ DANYCH DOTYCZĄCYCH JEDNEJ Z PRAKTYK WPISANYCH DO REJESTRU

(wniosek należy złożyć do rady okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

- WYKREŚLENIE Z REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZA/LEKARZA DENTYSTĘ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ

(wniosek należy złożyć do każdej rady okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

data
przyjęcia

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

2. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ

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

3. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

L

kod izby

nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej

4. DANE EWIDENCYJNE

imiona i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
/ WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ

w

numer okręgowego rejestru

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

6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

nr

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

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
W FORMIE JEDNEJ Z PRAKTYK WPISANYCH DO REJESTRU

Informuję, że z dniem

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

 zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej

do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby L

--	--

, kod praktyki

--	--

– i wnioskuję o wykreślenie praktyki z rejestru.

- PRAKTYKA WYKONYWANA W POMIESZCZENIU
LUB W POMIESZCZENIU I PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

- STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE
 STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE
 AMBULATORIJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

- INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98**
 INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE – kod praktyki **99**

PRAKTYKA WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	<input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
---------------------------------	--

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – kod praktyki 95
<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA W DZIEDZINIE – kod praktyki 96

PRAKTYKA WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	<input type="checkbox"/> STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE
	<input type="checkbox"/> STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE
	<input type="checkbox"/> AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – kod praktyki 93
<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO W DZIEDZINIE – kod praktyki 94

data	podpis lekarza składającego wniosek
------	-------------------------------------

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Informuję, że z dniem [][] [][][][] [][][][][] zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki/praktyk wpisanej(ych) do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską:

- kod izby **L** [][], kod praktyki [][] rodzaj praktyki
- kod praktyki [][] rodzaj praktyki
- kod praktyki [][] rodzaj praktyki
- kod izby **L** [][], kod praktyki [][] rodzaj praktyki
- kod praktyki [][] rodzaj praktyki
- kod praktyki [][] rodzaj praktyki
- kod izby **L** [][], kod praktyki [][] rodzaj praktyki
- kod praktyki [][] rodzaj praktyki
- kod praktyki [][] rodzaj praktyki

i wnioskuję o wykreślenie danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

data	podpis lekarza składającego wniosek
------	-------------------------------------