

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU
 PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
 OBEJMUJĄCY DANE LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY ZAMIERZAJĄCEGO WYKONYWAĆ
 DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ
 NA OBSZARZE WŁAŚCIWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

A-1data
przyjęcia

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

**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 DENTYSTY**5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ**

w

numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)

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

6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

numer

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

7. WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ

TAK

numer
REGON

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

8. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)

numer

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

9. ADRES DO KORESPONDENCJI

województwo

powiat

gmina/dzielnica

 *ulica i nr domu/nr lokalu

lub

 *nr skrytki pocztowej

oznaczenie placówki operatora pocztowego

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

 kod pocztowy miejscowość
10

telefon

faks

11 e-mail**12**

adres strony internetowej

13. POSIADANE SPECJALIZACJEposiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacja**14. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

dn.

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

INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ **WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)****17A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

17A. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98** INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE – kod praktyki **99**

**18.a) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE)
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**19.a) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA W/W ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA – GABINETU W KTÓRYM WYKONYWANA BĘDZIE PRAKTYKA)**

kod praktyki

--	--

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

**WYKONYWANEJ JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
– KOLEJNE MIEJSCE PRAKTYKI (DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ W GABINECIE WŁASNYM
LUB WYNAJĘTYM I JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)**

17A. 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"/> AMBULATORIJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

**18.a1) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**19.a1) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU
LECZNICZEGO** (DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

kod praktyki

--	--

numer REGON
podmiotu leczniczego

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

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego		
adres miejsca udzielania świadczeń <input type="checkbox"/> jednostki organizacyjnej (ww. przedsiębiorstwa) <input type="checkbox"/> komórki jednostki organizacyjnej <input type="checkbox"/> inne		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy []-[]
miejsowość	telefon	faks/e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

17.b) RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

17.b) RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA – kod praktyki **95**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

W DZIEDZINIE – kod praktyki **96**

18.b) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W MIEJSCU WEZWANIA

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

19.b) ADRES SIEDZIBY – MIEJSCA PRZYJMOWANIA WEZWAŃ, PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI

kod praktyki

--	--

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

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

miescowość

telefon

faks / e-mail

INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

17.c) RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

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

17.c) RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – kod praktyki **93**

INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

W DZIEDZINIE – kod praktyki **94**

18.c) RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

19.c) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

kod praktyki

(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

numer REGON
podmiotu leczniczego

nazwa przedsiębiorstwa podmiotu leczniczego

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

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

miejscowość

telefon

faks / e-mail

UWAGA! W przypadku praktyki wykonywanej w więcej niż w jednym przedsiębiorstwie należy wypełnić załącznik do wniosku A-1.**20. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**okres ubezpieczenia od dn. do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna (dla wszystkich zdarzeń)

24 data

podpis lekarza składającego wniosek

* treść oświadczenia dotyczy praktyki wykonywanej w pomieszczeniu

** treść oświadczenia dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania

*** treść oświadczenia dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego

} **niepotrzebne skreślić****OŚWIADCZAM, ŻE:**

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654),

a w szczególności:

- pomieszczenia, w których będą udzielane świadczenia zdrowotne, wyposażone są w produkty lecznicze, wyroby medyczne, aparaturę i sprzęt medyczny odpowiedni do rodzaju i zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych oraz produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania
- posiadam 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, przystosowany do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania. *

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654),

a w szczególności:

- posiadam produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania
- posiadam zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej przystosowany do transportu 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. **

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654). ***

Adres wnioskodawcy:

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu / nr lokalu

kod pocztowy

miejscowość

telefon

faks / e-mail

miejsce, data

imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY opinia organu sanitarnego umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej