

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW
WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ
W FORMIE SPÓŁKI JAKO GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA**

A-2**CZĘŚĆ I**data
przyjęcia

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

**3. ORGAN
PROWADZĄCY
REJESTR**L

--	--

kod izby

.....
nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej**4. FORMA ORGANIZACYJNO-PRAWNA SPÓŁKI****97 GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA** LEKARZY LEKARZY DENTYSTÓW LEKARZY / LEKARZY DENTYSTÓW W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ W FORMIE SPÓŁKI PARTNERSKIEJ W FORMIE SPÓŁKI JAWNEJ**5. WPIS DO REJESTRU PRZEDSIĘBIORCÓW (spółka jawna lub partnerska)****6. REPREZENTOWANA PRZEZ**.....
imiona i nazwisko**7. ADRES DO KORESPONDENCJI GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

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

**11. LISTA LEKARZY STRON UMOWY SPÓŁKI, WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI
ORAZ MIEJSCE ICH STAŁEGO ZAMIESZKANIA**

NR

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

numer rejestru

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

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

miejscowość

kod

pocztowy

--	--	--	--

NR

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

numer rejestru

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

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

miejscowość

kod

pocztowy

--	--	--	--

NR	imiona i nazwisko		
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu	miejscowość		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>

NR	imiona i nazwisko		
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu	miejscowość		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>

NR	imiona i nazwisko		
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu	miejscowość		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>

NR	imiona i nazwisko		
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu	miejscowość		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>

Imię i nazwisko osoby uprawnionej
do reprezentowania spółki

**12. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

dn.

19	miejsce, data	imię, nazwisko, pełniona funkcja i podpis przedstawiciela spółki
----	---------------	--

OŚWIADCZAM, ŻE:

- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- znane są wspólnikom/partnerom i spełniają oni 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
 - wspólnicy/partnerzy posiadają zestawy do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej obejmujące 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, przystosowane do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania

niepotrzebne skreślić

Adres wnioskodawcy (przedstawiciela spółki):

województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu / nr lokalu			kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejscowość	telefon	faks / e-mail	