

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU WPIS ZMIAN W REJESTRZE WYKREŚLENIE Z REJESTRU
PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

CZĘŚĆ Idata
przyjęcia

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

2. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ

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

wypełnia przedstawiciel spółki składający wniosek
o zmianę wpisu lub wykreślenie praktyki z rejestru**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. NUMER WPISU 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				kod pocztowy <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
miejsowość		8	telefon		faks								
9	e-mail		10	adres strony internetowej									

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

NR	imiona i nazwisko												
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
województwo	powiat		gmina/dzielnica										
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość		kod pocztowy <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
NR	imiona i nazwisko												
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
województwo	powiat		gmina/dzielnica										
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość		kod pocztowy <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
NR	imiona i nazwisko												
posiada tytuł zawodowy	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	numer rejestru <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>										
województwo	powiat		gmina/dzielnica										
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość		kod pocztowy <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table> - <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									

CZĘŚĆ I

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	miejsowość		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	miejsowość		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	miejsowość		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	miejsowość		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	miejsowość		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	miejsowość		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	miejsowość		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>

Imię i nazwisko osoby uprawnionej do reprezentowania spółki

12. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

dn.

13. INFORMACJA O CZASOWYM ZAWIESZENIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ

CZĘŚĆ I

Informuję, że spółka zawiesz prowadzenie działalności leczniczej w formie grupowej praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

w okresie od [][][][][][][][][] do [][][][][][][][][]

14. INFORMACJA O PODJĘCIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ

Informuję, że spółka podejmuje prowadzenie działalności leczniczej w formie grupowej praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą

z dniem [][][][][][][][][]

15. DANE DO AKREDYTACJI W ZAKRESIE SPEŁNIANIA STANDARDÓW – JAKOŚCI UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Zakres akredytacji:

data udzielenia akredytacji dn. [][][][][][][][][]

data ważności certyfikatu akredytacyjnego dn. [][][][][][][][][]

16. DANE DO AKREDYTACJI DO PROWADZENIA KSZTAŁCENIA PODYPLOMOWEGO PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ

Informuję, że grupowa praktyka lekarska wpisana do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą uzyskała wpis

na listę marszałka województwa podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu podyplomowego z dniem [][][][][][][][][]

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia szkolenia specjalizacyjnego w dziedzinie

z dniem [][][][][][][][][]

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych w zakresie prowadzenia stażu kierunkowego w zakresie

z dniem [][][][][][][][][]

wpis na listę CMKP podmiotów akredytowanych do prowadzenia szkolenia w celu uzyskania umiejętności w zakresie

z dniem [][][][][][][][][]

17. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ STRON UMOWY SPÓŁKI WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Okres ubezpieczenia od dn. [][][][][][][][][] do dn. [][][][][][][][][]

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna

18. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ PRZEZ GRUPOWĄ PRAKTYKĘ LEKARSKĄ

Informuję, że z dniem [][][][][][][][][] zaprzestaje prowadzenia działalności leczniczej grupowa praktyka lekarska wpisana do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą i wnioskuję o wykreślenie grupowej praktyki z rejestru

19 miejsce, data

imię, nazwisko, pełniona funkcja i podpis przedstawiciela spółki

OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru / o wpis zmian w rejestrze / wykreślenie z 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).

* niepotrzebne skreślić

Adres wnioskodawcy (przedstawiciela spółki):

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

INFORMACJA DLA OSOBY WYPEŁNIAJĄCEJ WNIOSK

1. W przypadku składania wniosku o wpis do rejestru wypełnia się punkty 3–12 i 19 w części I wniosku oraz odpowiednio do zamierzonej formy działalności leczniczej wspólnika lub partnera punkty 1–13 i 15 w części II wniosku dla każdego wspólnika/partnera oraz składa się oświadczenie i opinię organu sanitarnego.
2. W przypadku składania wniosku o wpis zmian w rejestrze wypełnia się punkty 2–4, 13–17 i 19 w części I wniosku lub odpowiednio do deklarowanych zmian punkty 2–5, 8–11 i 13–15 w części II wniosku dla każdego wspólnika/partnera, którego zmiana dotyczy oraz składa się oświadczenie i odpowiednio opinię organu sanitarnego.
3. W przypadku składania wniosku o wykreślenie z rejestru wypełnia się punkty 1–6 i 18–19 oraz składa się oświadczenie.
4. Punkt 17 wypełnia się każdorazowo jednocześnie przekazując do organu prowadzącego rejestr dokument potwierdzający zawarcie umowy ubezpieczenia o odpowiedzialności cywilnej najpóźniej w dniu poprzedzającym dzień rozpoczęcia wykonywania działalności leczniczej.

WYKAZ KODÓW OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH

50 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W BIAŁYMSTOKU	62 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W PŁOCKU
51 BESKIDZKA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W BIELSKU-BIAŁEJ	63 WIELKOPOLSKA IZBA LEKARSKA W POZNANIU
52 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W BYDGOSZCZY	64 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W RZESZOWIE
53 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W GDAŃSKU	65 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W SZCZECINIE
54 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W GORZOWIE WIELKOPOLSKIM	66 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W TARNOWIE
55 ŚLĄSKA IZBA LEKARSKA W KATOWICACH	67 KUJAWSKO-POMORSKA IZBA LEKARSKA W TORUNIU
56 ŚWIĘTOKRZYSKA IZBA LEKARSKA W KIELCACH	68 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W WARSZAWIE
57 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W KRAKOWIE	69 DOLNOŚLĄSKA IZBA LEKARSKA WE WROCŁAWIU
58 LUBELSKA IZBA LEKARSKA W LUBLINIE	70 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W ZIELONEJ GÓRZE
59 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W ŁODZI	72 WOJSKOWA IZBA LEKARSKA
60 WARMIŃSKO-MAZURSKA IZBA LEKARSKA W OLSZTYNIE	74 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W KOSZALINIE
61 OPOLSKA IZBA LEKARSKA W OPOLU	75 OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W CZĘSTOCHOWIE

WYKAZ KODÓW RODZAJÓW PRAKTYK LEKARSKICH

95 praktyka wyłącznie w miejscu wezwania
96 specjalistyczna praktyka wyłącznie w miejscu wezwania
97 grupowa praktyka
98 praktyka
99 specjalistyczna praktyka

NR

NA LIŚCIE STRON UMOWY SPÓŁKI,
WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓWSPÓŁKI

CZĘŚĆ II

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Część II wniosku wypełnia wnioskodawca odrębnie dla każdego wspólnika, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej

2. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

3. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
/ WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ

kod izby

w

4

numer okręgowego rejestru

--

5. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

nr 6. NUMER WPISU DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ LEKARZA
STRONY UMOWY SPÓŁKI CYWILNEJ

(jeżeli został nadany)

nr

7. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)

nr

8. POSIADANE SPECJALIZACJE

posiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacja9A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ W FORMIE SPÓŁKI I RODZAJ PRAKTYKI
WYKONYWANEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJRODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

 97 (98) PRAKTYKA LEKARSKA 97 (99) SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE10A. RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH 97 ()
(DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI)

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

11A. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU 97 ()
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

-

miejscowość

telefon

faks

e-mail

12

adres strony internetowej

9B. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ W FORMIE SPÓŁKI I RODZAJ PRAKTYKI WYKONYWANEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

CZĘŚĆ II

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ:

97 (95) PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

97 (96) SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA W DZIEDZINIE

10B. RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH 97 ()
(DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI)

kod praktyki

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

11B. MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ, PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI 97 ()

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

mięscowość

telefon

faks

e-mail

12 adres strony internetowej

13. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

dn.

14. DATA ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

dn.

15 miejsce, data

imię i nazwisko i podpis przedstawiciela spółki

OŚWIADCZAM, ŻE:

- dane zawarte w części II wniosku o wpis do rejestru / o wpis zmian w rejestrze / *podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- znane są wspólnikowi i spełnia on 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 (nie dotyczy zaprzestania działalności leczniczej wspólnika):*
 - * 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 (dotyczy praktyki w pomieszczeniu)
 - * wspólnik posiada produkty lecznicze i sprzęt medyczny umożliwiające udzielanie świadczeń zdrowotnych w miejscu wezwania (dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania)
 - * wspólnik posiada zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej (przystosowany do transportu – dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania) 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.

Adres wnioskodawcy:

* niepotrzebne skreślić

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu / nr lokalu

kod pocztowy

mięscowość

telefon

faks / e-mail

miejsce, data

imię, nazwisko i podpis przedstawiciela spółki (wnioskodawcy)

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

opinia organu sanitarnego