

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 PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
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	
lecznicznych	
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 <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	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 <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks
e-mail	12 adres strony internetowej	

DANE DOTYCZĄCE KOLEJNEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W JEDNOCZEŚNIE PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM I JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)

15A/1. 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

17A/1. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

--	--

kod praktyki

diagnostycznych	
leczniczych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

--	--

kod praktyki

numer REGON podmiotu leczniczego	<input type="text"/>
----------------------------------	----------------------

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 <input type="text"/>
miescowosc	telefon	faks/e-mail

17A/1. INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH 18A/1. W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ W JEDNYM Z DOTYCHCZASOWYCH PRZEDSIĘBIORSTW PODMIOTU LECZNICZEGO – ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ (WYKREŚLENIE RODZAJU I ZAKRESU ŚWIADCZEŃ ORAZ MIEJSCA ICH UDZIELANIA)
(DLA LEKARZA KTÓRY WYKONUJE PRAKTYKĘ JEDNOCZEŚNIE W GABINECIE I PRZEDSIĘBIORSTWIE)

--	--

kod praktyki

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 <input type="text"/>
miescowosc	telefon	faks/e-mail

**INFORMACJE O ZMIANIE DANYCH
DOTYCZĄCYCH PRAKTYKI WYKONYWANEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE
W RAMACH PRAKTYKI LEKARSKIEJ
WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

15C. 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

17C. DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

18C. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

kod praktyki

--	--

numer REGON podmiotu leczniczego	<table border="1"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>										

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 <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 15px;"><tr><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td><td style="width: 15px; height: 15px;"></td></tr></table>						
miejsowość	telefon	faks/e-mail						

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