

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH  
KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW  
PROWADZONEGO PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ**

W .....

**/NACZELNĄ IZBĘ LEKARSKĄ\***

Nr dokumentu

Data przyjęcia  
dokumentu

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

**DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK**

Nazwa organizatora kształcenia

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

Adres siedziby lub miejsca zamieszkania organizatora kształcenia

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy □□□-□□□□
Miejscowość	Telefon Faks	e-mail

**Oświadczenie**

Nazwa organizatora kształcenia:

Adres siedziby lub miejsca zamieszkania organizatora kształcenia:

Imię, nazwisko i funkcja osoby uprawnionej do reprezentowania organizatora kształcenia:

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów są kompletne i zgodne z prawdą;
- znam mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.)

Miejscowość, dnia .....

Podpis .....

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data

Podpis

## WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

### Planowany okres kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów

Termin rozpoczęcia i zakończenia prowadzenia kształcenia podyplomowego

### Przedmiot i zakres kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów

Zasadnicze kierunki, zakres tematyczny, teoretyczny i praktyczny i sposoby realizacji

### Przewidywane formy kształcenia podyplomowego w ramach realizacji programu kształcenia lekarzy / lekarzy dentystów

Planowane formy kształcenia podyplomowego określone w odrębnych przepisach

### ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- Wystąpienie do Naczelnej Rady Lekarskiej / okręgowej rady lekarskiej o potwierdzenie spełniania warunków kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów
- Kserokopia uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej / okręgowej rady lekarskiej w sprawie potwierdzenia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów
- Zaświadczenie o wpisie do rejestru ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego, jeżeli organizator kształcenia jest przedsiębiorcą
- Dowód wniesienia opłaty za wpis do rejestru

### WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

- Wniosek zgodny z wymogami formalnymi
- Wniosek niezgodny z wymogami formalnymi
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)

.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek w okręgowej izbie lekarskiej / Naczelnej Izbie Lekarskiej

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW PROWADZENIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

#### Potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów

Opinia komisji kształcenia okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej / dyrektora ośrodka kształcenia okręgowej izby lekarskiej o spełnieniu przez organizatora kształcenia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy/lekarzy dentystów:

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji / dyrektora

#### Potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów przez Naczelną Radę Lekarską / okręgową radę lekarską

Uchwała nr ..... Naczelnej Rady Lekarskiej/Okręgowej Rady Lekarskiej w .....

z dnia ..... w sprawie potwierdzenia spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów

przez ..... w okresie .....

w przedmiocie i zakresie .....

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE

Opinia komisji kształcenia okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej / dyrektora ośrodka kształcenia okręgowej izby lekarskiej:

- Wniosuję o wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów
- Uznaje że organizator kształcenia nie spełnia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów i wniosuję o odmowę wpisu do rejestru
- Uznaje, że w stosunku do wnioskodawcy mają zastosowanie przepisy określone w art. 19 d ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty i wniosuję o odmowę wpisu do rejestru.

**Uzasadnienie:**

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji/dyrektora

**UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W ..... /  
/ NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ**

Nr uchwały

z dnia

Podmiot

został wpisany do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów  
okręgowej izby lekarskiej / Naczelnej Izby Lekarskiej

wpisano podmiot do rejestru okręgowej izby lekarskiej /  
/ Naczelnej Izby Lekarskiej

pod nr

wydano zaświadczenie o wpisie do rejestru

numer

nie został wpisany do rejestru okręgowej izby lekarskiej / Naczelnej Izby Lekarskiej (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

**ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN WPISU DO REJESTRU DANYCH O PODMIOCIE**