

**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-1**data  
przyjęcia

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

**2. 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

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

**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 SPECJALIZACJE**posiadana  
specjalizacjaposiadana  
specjalizacjaposiadana  
specjalizacja**14a. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

dn.

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

**INFORMACJE DOTYCZĄCE WPISU INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ  
 PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

 WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM)**15A. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:  AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**16A. RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ** INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA – kod praktyki **98** INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE ..... – kod praktyki **99**

**17A. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE)  
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A. 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 MIEJSCA INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI (DLA LEKARZA KTÓRY  
WYKONUJE PRAKTYKĘ W GABINECIE WŁASNYM LUB WYNAJĘTYM I JEDNOCZEŚNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE)**

**15A/1. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

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

**17A/1. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO  
W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**18A/1. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA W/W 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 (w.w. 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**

**15B. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:  AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

**16B. 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**

**17B. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH  
W MIEJSCU WEZWANIA**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**18B. 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**

**15C. RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ**

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:  STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE

STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE

AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

**16C. 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**

**17C. RODZAJ I ZAKRES UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH WYŁĄCZNIE  
W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI I MIEJSCA)**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**18C. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA WW. 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.**21. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ**okres ubezpieczenia od dn.  do dn. 

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna (dla wszystkich zdarzeń) .....

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 potwierdzenia opłaty za wpis