

378**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA**

z dnia 23 marca 2000 r.

w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów.

Na podstawie art. 50b ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) zarządza się, co następuje:

§ 1. 1. Lekarz, lekarz stomatolog, zamierzający wykonywać indywidualną praktykę lekarską, lub lekarz, lekarz stomatolog posiadający specjalizację I stopnia lub II stopnia lub tytuł specjalisty, zamierzający wykonywać indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską, zwani dalej „lekarzem”, albo lekarze, lekarze stomatolodzy, zamierzający udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej, zwani dalej „lekarzami”, w celu uzyskania zezwolenia i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich albo grupowych praktyk lekarskich, zwanego dalej „rejestrem”, składają okręgowej radzie lekarskiej okręgowej izby lekarskiej, której są członkami, z zastrzeżeniem ust. 2, odpowiednio następujące dokumenty:

- 1) wniosek o wydanie zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej i wpis do rejestru, na formularzu według wzoru stanowiącego załącznik nr 1 do rozporządzenia, lub wniosek o wydanie zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i wpis do rejestru, na formularzu według wzoru stanowiącego załącznik nr 2 do rozporządzenia, albo wniosek o wydanie zezwolenia na prowadzenie grupowej praktyki lekarskiej i wpis do rejestru, na formularzu według wzoru stanowiącego załącznik nr 3 do rozporządzenia,
- 2) kserokopię „Prawa wykonywania zawodu lekarza” lub „Prawa wykonywania zawodu lekarza stomatologa”,
- 3) dokumenty potwierdzające prawo lekarza, lekarzy do korzystania z pomieszczenia, w którym ma być wykonywana indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska albo ma być prowadzona grupowa praktyka lekarska,

- 4) dokumenty potwierdzające prawo lekarza, lekarzy do korzystania z pomieszczenia i środków łączności, w którym będą przyjmowane wezwania, będzie przechowywana dokumentacja medyczna, narzędzia i sprzęt medyczny wymagający sterylizacji, w przypadku gdy lekarz ma zamiar wykonywać indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo lekarze mają zamiar udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej, wyłącznie w miejscu wezwania,
- 5) kopię umowy spółki cywilnej, potwierdzoną z oryginałem, w przypadku lekarzy zamierzających udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej,
- 6) opinię o spełnieniu warunków umożliwiających udzielanie w danym pomieszczeniu określonych świadczeń zdrowotnych, wydaną odpowiednio przez powiatowego albo wojkowego inspektora sanitarnego, właściwego ze względu na miejsce, w którym ma być wykonywana indywidualna praktyka lekarska, indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska albo mają być udzielane świadczenia zdrowotne w ramach grupowej praktyki lekarskiej,
- 7) umowę z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji, w przypadku gdy pomieszczenie nie jest wyposażone w sprzęt do sterylizacji, a lekarz ma zamiar udzielać świadczeń zdrowotnych przy użyciu narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji.

2. Lekarz zamierzający wykonywać praktykę lub lekarze zamierzający udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki na obszarze działania okręgowej izby lekarskiej, której nie są członkami, składają dokumenty, o których mowa w ust. 1, okręgowej radzie lekarskiej tej izby.

§ 2. Ilekroć w rozporządzeniu jest mowa o „praktyce” bez bliższego określenia, należy przez to rozumieć indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo grupową praktykę lekarską, w rozumieniu ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza, zwanej dalej „ustawą”.

§ 3. Jeżeli indywidualna praktyka lekarska lub indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska ma być wykonywana na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, o której mowa w art. 50 ust. 3 ustawy, a pomieszczenie, w którym lekarz zamierza wykonywać praktykę, sprzęt i aparatura medyczna stanowią własność podmiotu, który ma zamiar zawrzeć z lekarzem taką umowę, podmiot ten przedstawia okręgowej radzie lekarskiej, właściwej ze względu na miejsce wykonywanej praktyki, dane o pomieszczeniu, jego wyposażeniu w aparaturę i sprzęt medyczny oraz opinię organu sanitarnego o spełnieniu warun-

ków umożliwiających udzielanie określonych świadczeń zdrowotnych.

§ 4. 1. Lekarz, który zamierza wykonywać indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w różnych dziedzinach medycyny, lub lekarze posiadający specjalizację I stopnia lub II stopnia lub tytuł specjalisty, którzy zamierzają udzielać świadczeń zdrowotnych w różnych dziedzinach medycyny w ramach grupowej praktyki lekarskiej, składają jeden wniosek, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 1.

2. Lekarz lub lekarze, którzy zamierzają wykonywać równocześnie indywidualną praktykę lekarską i indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską i udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej albo dwie z nich w celu uzyskania zezwolenia i wpisu do rejestru, obowiązani są złożyć odrębny wniosek, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 1, dla każdej z tych praktyk.

3. Lekarz, lekarze, którzy zamierzają wykonywać praktykę lub udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej w kilku pomieszczeniach, mają obowiązek przedstawić dane o każdym z tych pomieszczeń, jego wyposażeniu w aparaturę i sprzęt medyczny oraz odrębną opinię, o której mowa w § 1 ust. 1 pkt 6.

§ 5. Okręgowa rada lekarska w terminie 30 dni od daty złożenia dokumentów, o których mowa w § 1, deleguje zespół wizytacyjny składający się z lekarzy, z których co najmniej jeden powinien posiadać specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny, w której ma być wykonywana praktyka, w celu dokonania oceny pomieszczeń, urządzeń, sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej i sporządzenia opinii w przedmiocie możliwości udzielania deklarowanych przez lekarza, lekarzy świadczeń zdrowotnych, z zachowaniem zasad określonych w art. 4 ustawy.

§ 6. 1. Na podstawie posiadanych dokumentów i po sprawdzeniu danych, o których mowa w art. 50 ust. 1 pkt 1 i 2 lub ust. 2 pkt 1 i 2, a także art. 50a ust. 1, 2 i 4 oraz art. 50 ust. 4 pkt 2 albo art. 50 ust. 5a pkt 2 i 3 ustawy, po zapoznaniu się z opinią, o której mowa w § 5, okręgowa rada lekarska podejmuje uchwałę o wydaniu zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo prowadzenie grupowej praktyki lekarskiej oraz o dokonaniu wpisu tej praktyki do rejestru albo odmowie wydania zezwolenia.

2. Na podstawie uchwały o wydaniu zezwolenia na wykonywanie praktyki oraz o dokonaniu wpisu praktyki do rejestru okręgowa rada lekarska wydaje lekarzowi zezwolenie na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej albo lekarzom zezwolenie na prowadzenie grupowej praktyki lekarskiej oraz zaświadczenie o wpisie do rejestru.

3. W przypadku grupowej praktyki lekarskiej odpis zezwolenia oraz zaświadczenie, o którym mowa w ust. 2, okręgowa rada lekarska wydaje każdemu lekarzowi będącemu współnikiem spółki.

4. W sytuacji, o której mowa w § 4 ust. 1, okręgowa rada lekarska wydaje lekarzowi jedno zezwolenie na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej w różnych dziedzinach medycyny albo wydaje lekarzom zezwolenie na prowadzenie grupowej praktyki lekarskiej z wpisem określającym dziedziny medycyny, w których zakresie będą oni udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach tej praktyki.

5. W sytuacji, o której mowa w § 4 ust. 2, okręgowa rada lekarska wydaje lekarzowi albo lekarzom zezwolenie i zaświadczenie, o których mowa w ust. 2, odrębnie dla indywidualnej praktyki lekarskiej, dla indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i dla grupowej praktyki lekarskiej.

6. Wzory zezwoleń i zaświadczeń, o których mowa w ust. 2, stanowią załączniki nr 4—15 do rozporządzenia.

§ 7. 1. Rejestr prowadzony jest w systemie ewidencyjno-informatycznym, według niżej określonego układu danych:

- 1) numer wpisu do rejestru składający się z ciągu kolejnych znaków:
 - a) dwucyfrowego numeru kodowego okręgowej izby lekarskiej, która prowadzi rejestr, określonego w załączniku nr 16 do rozporządzenia,
 - b) dwucyfrowego oznaczenia praktyki:
 - 97 — dla grupowej praktyki lekarskiej,
 - 98 — dla indywidualnej praktyki lekarskiej,
 - 99 — dla indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej,
 - c) jednocyfrowego oznaczenia zawodu lekarza, lekarza stomatologa:
 - 1 — dla praktyki wykonywanej przez lekarza lub prowadzonej przez lekarzy,
 - 2 — dla praktyki wykonywanej przez lekarza stomatologa lub prowadzonej przez lekarzy stomatologów,
 - 3 — dla praktyki grupowej prowadzonej równocześnie przez lekarzy i lekarzy stomatologów,
 - d) siedmiocyfrowego numeru prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza stomatologa albo sześciocyfrowego kolejnego numeru wpisu do rejestru grupowych praktyk lekarskich w przypadku grupowej praktyki lekarskiej,
- 2) numer REGON,
- 3) numer wpisu na listę współników spółki cywilnej, przedstawionej we wniosku, w odniesieniu do le-

karza udzielającego świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej,

- 4) imię (imiona) i nazwisko lekarza,
- 5) numer rejestracyjny lekarza w okręgowej izbie lekarskiej,
- 6) oznaczenie rodzaju praktyki:
 - a) „praktyka ogólnolekarska” lub „praktyka ogólnostomatologiczna” — w odniesieniu do lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską albo lekarzy nie posiadających specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty i udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej,
 - b) „praktyka — nazwa dziedzin/y medycyny” — w odniesieniu do lekarza wykonującego indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub lekarzy posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty, udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej,
 - c) „praktyka w miejscu wezwania” — w odniesieniu do lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub lekarzy udzielających świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej, wyłącznie w miejscu wezwania,
- 7) numer i data uchwały okręgowej rady lekarskiej o wydaniu zezwolenia na prowadzenie praktyki i wpisie praktyki do rejestru oraz kolejne numery i daty uchwał o zmianie wpisu,
- 8) ważności zezwolenia na prowadzenie praktyki — bezterminowo albo określenie terminu,
- 9) adres praktyki i adres/y miejsca jej wykonywania albo udzielania świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej,
- 10) numer telefonu, numer faksu i poczty elektronicznej,
- 11) adres miejsca i sposób przyjmowania wezwań,
- 12) adres miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji, w odniesieniu do praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania,
- 13) rodzaje udzielanych świadczeń zdrowotnych w ramach praktyki wykonywanej w danym pomieszczeniu lub wyłącznie w miejscu wezwania,
- 14) nazwa organu sanitarnego i data wydania opinii o spełnieniu warunków umożliwiających wykonywanie świadczeń zdrowotnych w odniesieniu do danego pomieszczenia,
- 15) data wizytacji lub kontroli dokonanej przez okręgową radę lekarską,
- 16) numer wpisu praktyki na liście marszałka województwa podmiotów uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych,

- 17) numer wpisu praktyki do rejestru zezwoleń właściwej okręgowej rady lekarskiej na prowadzenie szkolenia podyplomowego lekarzy,
- 18) numer prawa wykonywania zawodu, PESEL, NIP, adres do korespondencji, posiadana specjalizacja I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w przypadku gdy lekarz nie jest członkiem okręgowej izby lekarskiej,
- 19) numer i data uchwały okręgowej rady lekarskiej o cofnięciu zezwolenia i skreśleniu praktyki z rejestru.

2. Rejestr prowadzony jest w ścisłym powiązaniu z bazą danych zawartą w okręgowym rejestrze lekarzy.

3. Dane osobowe zawarte w rejestrze są gromadzone i mogą być udostępniane na zasadach określonych w odrębnych przepisach.

§ 8. 1. Lekarz, lekarze prowadzący praktykę powiadają na piśmie okręgową radę lekarską, która wydała zezwolenie i dokonała wpisu praktyki do rejestru, o zmianach dotyczących danych wpisanych do rejestru tej praktyki, o których mowa w § 7 ust. 1 pkt 9—14, w terminie nie dłuższym niż 14 dni od dokonania zmiany.

2. Jeżeli lekarz ma zamiar wykonywać praktykę albo co najmniej jeden z lekarzy ma zamiar udzielać świadczeń zdrowotnych w innej dziedzinie medycyny niż wpisana do rejestru bądź zaprzestać prowadzenia praktyki albo udzielać świadczeń zdrowotnych w jednej z dziedzin medycyny wpisanej do rejestru, lekarz lub lekarze prowadzący grupową praktykę lekarską obowiązani są ponownie złożyć wnioski, o którym mowa w § 1 ust. 1 pkt 1.

3. Jeżeli lekarz, lekarze zamierzają prowadzić praktykę w pomieszczeniu innym niż wpisane do rejestru lub gdy w ramach prowadzonej praktyki lekarz lub co najmniej jeden z lekarzy ma zamiar udzielać świadczeń zdrowotnych innego rodzaju, obowiązani są przedłożyć okręgowej radzie lekarskiej dane, o których mowa w art. 50 ust. 4 pkt 2 albo ust. 5a pkt 3 ustawy.

4. W przypadku, o którym mowa w ust. 2 lub ust. 3, okręgowa rada lekarska, po sprawdzeniu przedstawionych jej danych i opinii, w trybie określonym w § 5, na podstawie podjętej uchwały wydaje nowe zezwolenie i zaświadczenie o wpisie do rejestru albo dokonuje wpisu nowych danych bądź zmiany danych wpisanych do rejestru i wydaje zaświadczenie stwierdzające ten wpis, albo odmawia wydania zezwolenia i wpisania nowych danych lub zmiany danych wpisanych do rejestru.

§ 9. 1. Dokumenty stanowiące podstawę wydania zezwolenia i dokonania wpisu do rejestru oraz związane z prowadzoną praktyką są gromadzone i przechowywane w aktach osobowych lekarza, lekarzy wraz z dokumentami objętymi okręgowym rejestrem lekarzy.

2. W sytuacji gdy wydanie zezwolenia i wpis do rejestru dotyczy lekarza, lekarzy, o których mowa w § 1 ust. 2, dokumenty, o których mowa w ust. 1, gromadzone są i przechowywane w odrębnych aktach rejestrowych.

§ 10. 1. W przypadku lekarza, który otrzymał zezwolenie na wykonywanie praktyki oraz wpis praktyki do rejestru zgodnie z dotychczasowymi przepisami, wyłącznie na podstawie przedłożonych przez niego dokumentów, okręgowa rada lekarska powinna nie później niż do dnia 30 czerwca 2003 r. delegować zespół wizytacyjny w celu dokonania czynności określonych w § 5.

2. W przypadku stwierdzenia przez zespół wizytacyjny odstępstw od wymogów, określonych w przepisach odrębnych, okręgowa rada lekarska deleguje ponownie zespół wizytacyjny, w terminie od dnia 1 stycznia do dnia 30 czerwca 2008 r., w celu dokonania oceny spełnienia wymogów, o których mowa w art. 50 ust. 4 pkt 2 ustawy.

§ 11. Przepisy rozporządzenia dotyczące okręgowej rady lekarskiej stosuje się do Wojskowej Rady Lekarskiej. O wpisie do rejestru Wojskowa Rada Lekarska powiadamia okręgową izbę lekarską właściwą ze względu na miejsce wykonywania praktyki.

§ 12. 1. Okręgowe rady lekarskie dostosują prowadzone na podstawie dotychczasowych przepisów rejestry indywidualnych praktyk lekarskich i indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich do wymagań określonych w rozporządzeniu, w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2001 r.

2. Okręgowe rady lekarskie dokonują wymiany zezwoleń na wykonywanie praktyki i zaświadczeń o wpisie do rejestru, wydanych na podstawie dotychczasowych przepisów, na zezwolenia na wykonywanie praktyki i zaświadczenia o wpisie do rejestru, których wzory określa rozporządzenie, w terminie nie dłuższym niż do dnia 31 grudnia 2003 r.

3. Za wymianę dokumentów, o których mowa w ust. 2, nie pobiera się opłaty.

§ 13. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Zdrowia: *F. Cegielska*

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia
z dnia 23 marca 2000 r. (poz. 378)

Załącznik nr 1

WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**I WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH PRAKTYK LEKARSKICH**.....
nazwa i siedziba okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej**CZĘŚĆ A****WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

NR AKT

DATA PRZYJĘCIA

DANE EWIDENCYJNE

Nazwisko i imiona

 LEKARZ LEKARZ STOMATOLOG

Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

W

numer rejestru
[] [] - [] [] - [] [] [] [] [] [] [] []**PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT**

Okres	Miejsce	Stanowisko

ZALĄCZONE DOKUMENTY Opinia organu sanitarnego Potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia Umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji Inne

Data

Podpis

KSEROKOPIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

(strony zawierające dane osobowe, potwierdzenie wpisu do rejestru okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej,
posiadanych specjalizacji i umiejętności medycznych)

LUB POTWIERDZENIE DANYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ/WOJSKOWĄ RADĘ LEKARSKĄ

CZĘŚĆ B* NR

- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA I ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO, WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

NR AKT

DATA PRZYJĘCIA

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Nazwisko i imiona

ADRES PRAKTYKI / MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu / nr lokalu

Kod pocztowy

-

Miejscowość

Telefon

Faks

RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

Data

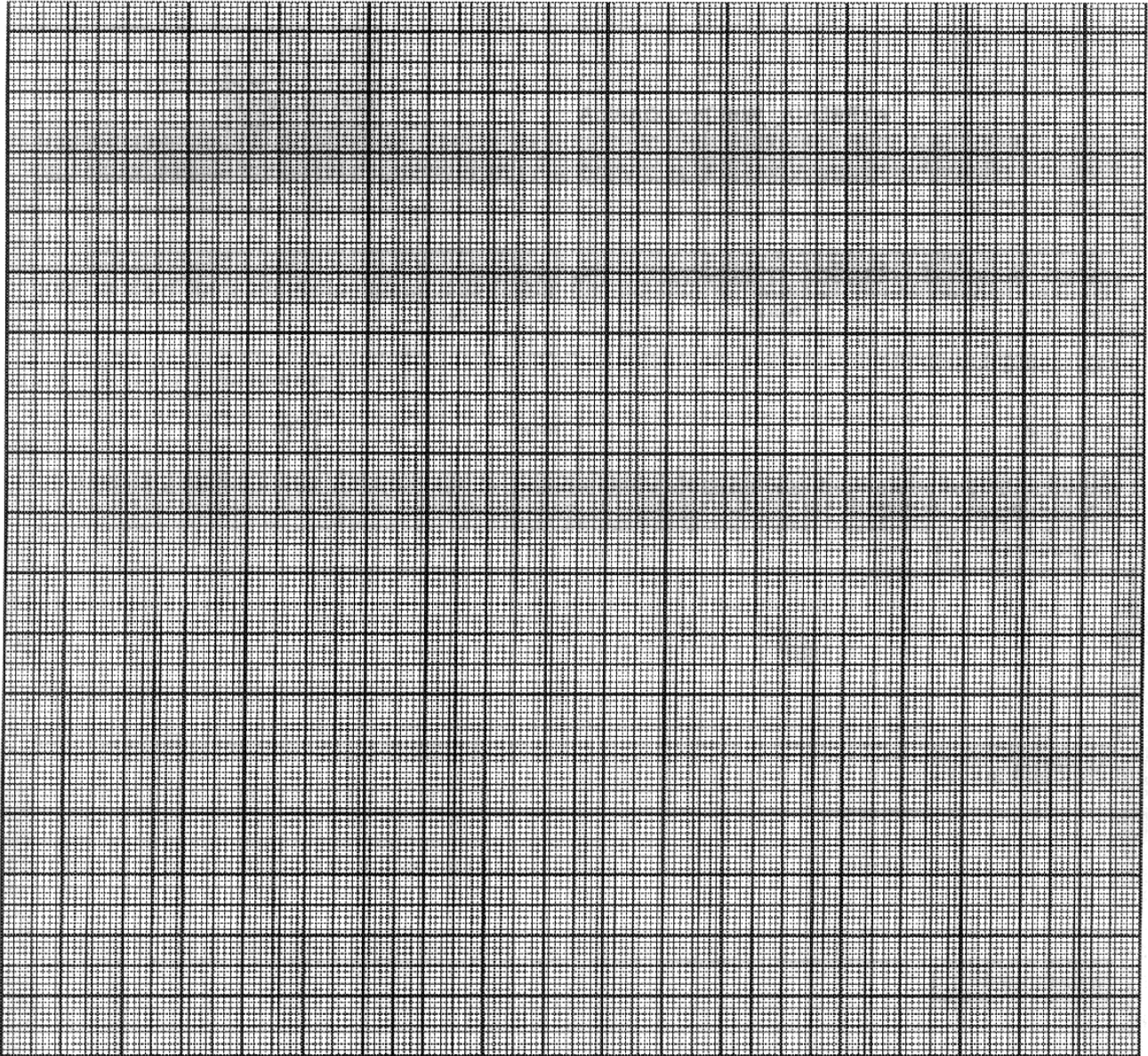
Podpis

* Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka lekarska

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA LUB PODMIOT ZAWIERAJĄCY UMOWĘ
UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA**

<input type="checkbox"/> AKT WŁASNOŚCI	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA

SZKIC SYTUACYJNY POMIESZCZENIA



Należy zaznaczyć okna, wejście do pomieszczenia, drzwi lub komunikację wewnętrzną, podać nazwy poszczególnych części pomieszczenia i ich powierzchnię.

*MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ			
Województwo	Powiat	Gmina	
Ulica i nr domu / nr lokalu			Kod pocztowy <input type="text" value="___-___"/>
Miejscowość	Telefon	Faks	Sposób przyjmowania wezwań
*MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI / NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI			
Województwo	Powiat	Gmina	
Ulica i nr domu / nr lokalu			Kod pocztowy <input type="text" value="___-___"/>
Miejscowość	Telefon	Faks	
* Wypełnia lekarz wykonujący praktykę wyłącznie w miejscu wezwania			

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA LUB PODMIOT ZAWIERAJĄCY UMOWĘ**DANE O WYPOSAŻENIU POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA**

Nazwa	Ilość

DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

Data	Podpis wnioskodawcy / podpis i pieczęć podmiotu zawierającego umowę
------	---

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

OPINIA ORGANU SANITARNEGO O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIĄJĄCYCH
UDZIELANIE OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Nazwa organu

Data

□□-□□-□□□□

SPRAWOZDANIE ZESPOŁU WIZYTACYJNEGO

Zespół wizytacyjny powołany uchwałą nr

ORL/WRL z dnia

w składzie

Przeprowadził w dniu

wizytację pomieszczenia

i dokonał oceny pomieszczenia, urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej / środków łączności, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji

Zespół potwierdza dane złożone we wniosku zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 2 lub ust. 5a pkt 2 i 3 ustawy o zawodzie lekarza

Zespół stwierdza rozbieżność następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym

Opinia zespołu o możliwości udzielania deklarowanych świadczeń zdrowotnych z zachowaniem zasad określonych
w art. 4 ustawy o zawodzie lekarza

Data

Podpisy członków zespołu

UWAGI

CZĘŚĆ C

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ RADY LEKARSKIEJ

	Numer uchwały ORL/WRL		z dnia																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania																							
	przez Panią/Pana																							
	i wpisano praktykę do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich pod nr	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>																						
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nie udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej (uzasadnienie w załączeniu)																							
Data		Podpis i pieczęć																						

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

<p>ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI</p> <p>1. Nazwa i adres gminy: _____</p> <p>2. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>3. Nazwa i adres placówki: _____</p> <p>4. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>5. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>6. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>7. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>8. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>9. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>10. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>11. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>12. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>13. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>14. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>15. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>16. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>17. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>18. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>19. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>20. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>21. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>22. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>23. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>24. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>25. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>26. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>27. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>28. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>29. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>30. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>31. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>32. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>33. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>34. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>35. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>36. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>37. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>38. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>39. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>40. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>41. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>42. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>43. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>44. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>45. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>46. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>47. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>48. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>49. Nazwa i adres przychodni: _____</p> <p>50. Nazwa i adres przychodni: _____</p>	
--	--

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYKI Z REJESTRU

Uchwałą ORL/WRL nr		z dnia													
cofnięto zezwolenie oraz skreślono z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich praktykę wykonywaną															
przez Panią/Pana															
zarejestrowaną pod numerem	<table border="1"> <tr> <td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>													w związku z:	
<input type="checkbox"/>	skreśleniem z listy członków izby	z dniem													
<input type="checkbox"/>	złożeniem oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki	w dniu													
<input type="checkbox"/>	niespełnianiem wymogów art. 50 ust. 1 pkt 1 i 2 lub ust. 2 pkt 1 i 2 lub ust. 4 pkt 2 lub ust. 5a pkt 2 i 3 ustawy o zawodzie lekarza	z dniem													
<input type="checkbox"/>	zawieszeniem prawa wykonywania zawodu	w dniu													
Data		Podpis i pieczęć													

WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W DZIEDZINIE

WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

I WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH SPECJALISTYCZNYCH PRAKTYK LEKARSKICH

.....
nazwa i siedziba okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej

CZĘŚĆ A

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

NR AKT

DATA PRZYJĘCIA

DANE EWIDENCYJNE

Nazwisko i imiona

LEKARZ

LEKARZ STOMATOLOG

Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

numer rejestru

w

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

Posiadana specjalizacja

Posiadana specjalizacja

Posiadana specjalizacja

Posiadana umiejętność medyczna

Posiadana umiejętność medyczna

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT

Okres	Miejsce	Stanowisko

ZALĄCZONE DOKUMENTY

Opinia organu sanitarnego

Potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia

Umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji

Inne

Data

Podpis

KSEROKOPIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

(strony zawierające dane osobowe, potwierdzenie wpisu do rejestru okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej,
posiadanych specjalizacji i umiejętności medycznych)

LUB POTWIERDZENIE DANYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ/WOJSKOWĄ RADĘ LEKARSKĄ

CZĘŚĆ B* NR

- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA I ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO, WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH PRAKTYKI WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

NR AKT

DATA PRZYJĘCIA

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

Nazwisko i imiona

ADRES PRAKTYKI / MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu / nr lokalu

Kod pocztowy

-

Miejscowość

Telefon

Faks

RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)

Dziedzina medycyny

Dziedzina medycyny

Dziedzina medycyny

Data

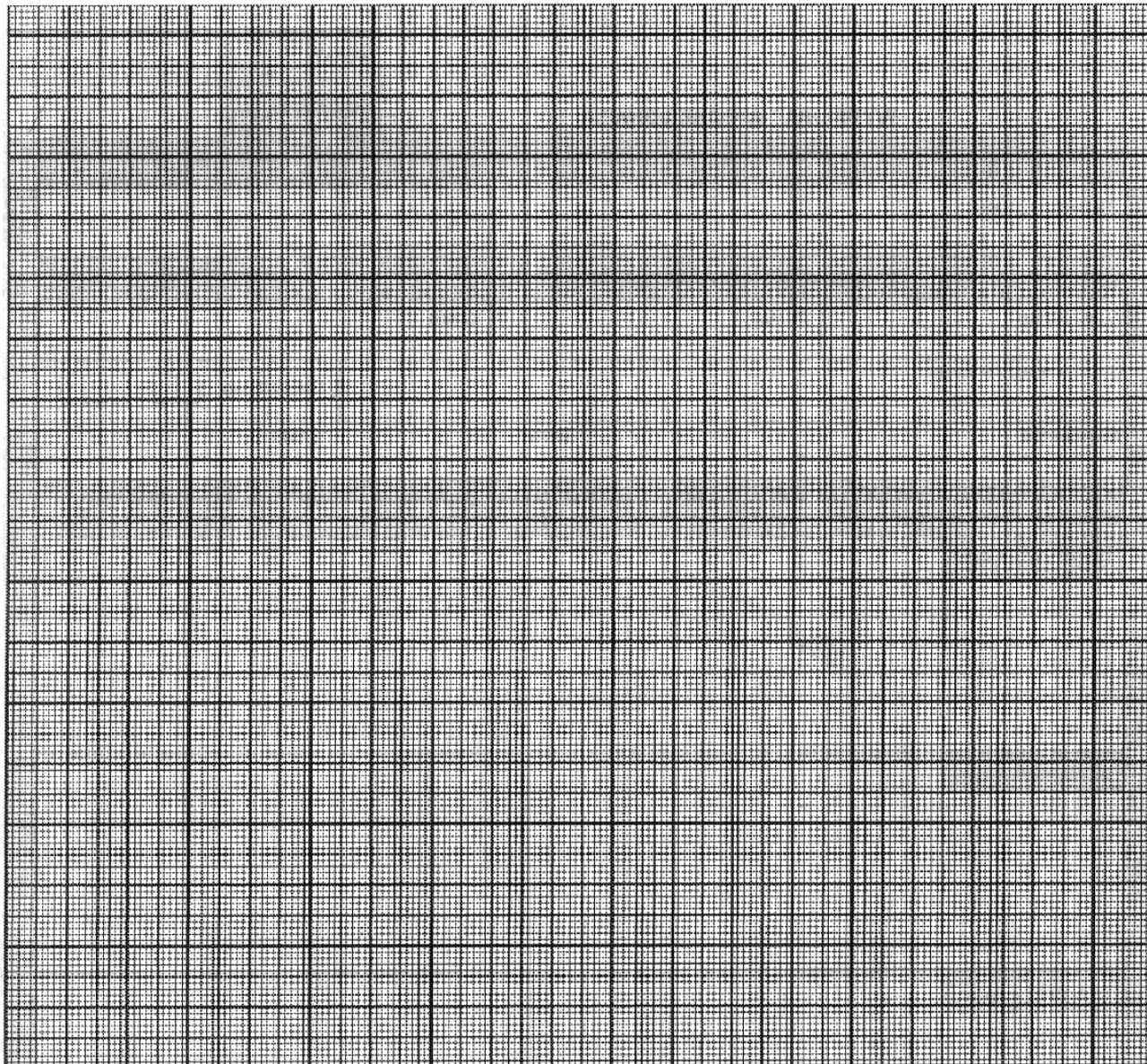
Podpis

* Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA LUB PODMIOT ZAWIERAJĄCY UMOWĘ
UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA**

<input type="checkbox"/> AKT WŁASNOŚCI	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA

SZKIC SYTUACYJNY POMIESZCZENIA



Należy zaznaczyć okna, wejście do pomieszczenia, drzwi lub komunikację wewnętrzną, podać nazwy poszczególnych części pomieszczenia i ich powierzchnię.

***MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ**

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu / nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text" value="___-___"/>
Miejscowość	Telefon	Faks
Sposób przyjmowania wezwań		

***MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI / NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI**

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu / nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text" value="___-___"/>
Miejscowość	Telefon	Faks

* Wypełnia lekarz wykonujący praktykę wyłącznie w miejscu wezwania

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA LUB PODMIOT ZAWIERAJĄCY UMOWĘ**DANE O WYPOSAŻENIU POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA**

Nazwa	Ilość

DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ

Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

Data

Podpis wnioskodawcy / podpis i pieczęć podmiotu zawierającego umowę

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

OPINIA ORGANU SANITARNEGO O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIAJĄCYCH
UDZIELANIE OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Nazwa organu

Data

□□-□□-□□□□

SPRAWOZDANIE ZESPOŁU WIZYTACYJNEGO

Zespół wizytacyjny powołany uchwałą nr

ORL/WRL z dnia

w składzie

Przeprowadził w dniu

wizytację pomieszczenia

i dokonał oceny pomieszczenia, urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej / środków łączności, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji

Zespół potwierdza dane złożone we wniosku zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 2 lub ust. 5a pkt 2 i 3 ustawy o zawodzie lekarza

Zespół stwierdza rozbieżność następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym

Opinia zespołu o możliwości udzielania deklarowanych świadczeń zdrowotnych z zachowaniem zasad określonych
w art. 4 ustawy o zawodzie lekarza

Data

Podpisy członków zespołu

UWAGI

CZĘŚĆ C

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ RADY LEKARSKIEJ

	Numer uchwały ORL/WRL		z dnia	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania			
	w dziedzinie/dziedzinach			
	przez Panią/Pana			
	i wpisano praktykę do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Nie udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej (uzasadnienie w załączeniu)			
Data		Podpis i pieczęć		

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE

--

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

--

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYKI Z REJESTRU

Uchwałą ORL/WRL nr		z dnia	
cofnięto zezwolenie oraz skreślono z rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich praktykę wykonywaną			
przez Panią/Pana			
zarejestrowaną pod numerem	<input type="text"/>	w związku z:	
<input type="checkbox"/>	skreśleniem z listy członków izby	z dniem	
<input type="checkbox"/>	złożeniem oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki	w dniu	
<input type="checkbox"/>	niespełnianiem wymogów art. 50 ust. 1 pkt 1 i 2 lub ust. 2 pkt 1 i 2 lub ust. 4 pkt 2 ustawy o zawodzie lekarza	z dniem	
<input type="checkbox"/>	zawieszeniem prawa wykonywania zawodu	w dniu	
Data	Podpis i pieczęć		

NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> numer rejestru

Data

Podpis przedstawiciela spółki

CZĘŚĆ B* NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI

- DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W TYM POMIESZCZENIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO, WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH PRZEZ WSPÓLNIKA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

NR AKT

DATA PRZYJĘCIA

DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA

Nazwisko i imiona

 LEKARZ LEKARZ STOMATOLOG

Numer prawa wykonywania zawodu

 nieograniczone ważne do dnia

Posiadana specjalizacja

Posiadana specjalizacja

Posiadana specjalizacja

Posiadana umiejętność medyczna

Posiadana umiejętność medyczna

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LATACH

Okres	Miejsce	Stanowisko

POTWIERDZENIE DANYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ / WOJSKOWĄ RADĘ LEKARSKĄ

Data i podpis

MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu / nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks

ZAKRES I RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)

Dziedzina medycyny

Dziedzina medycyny

Dziedzina medycyny

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

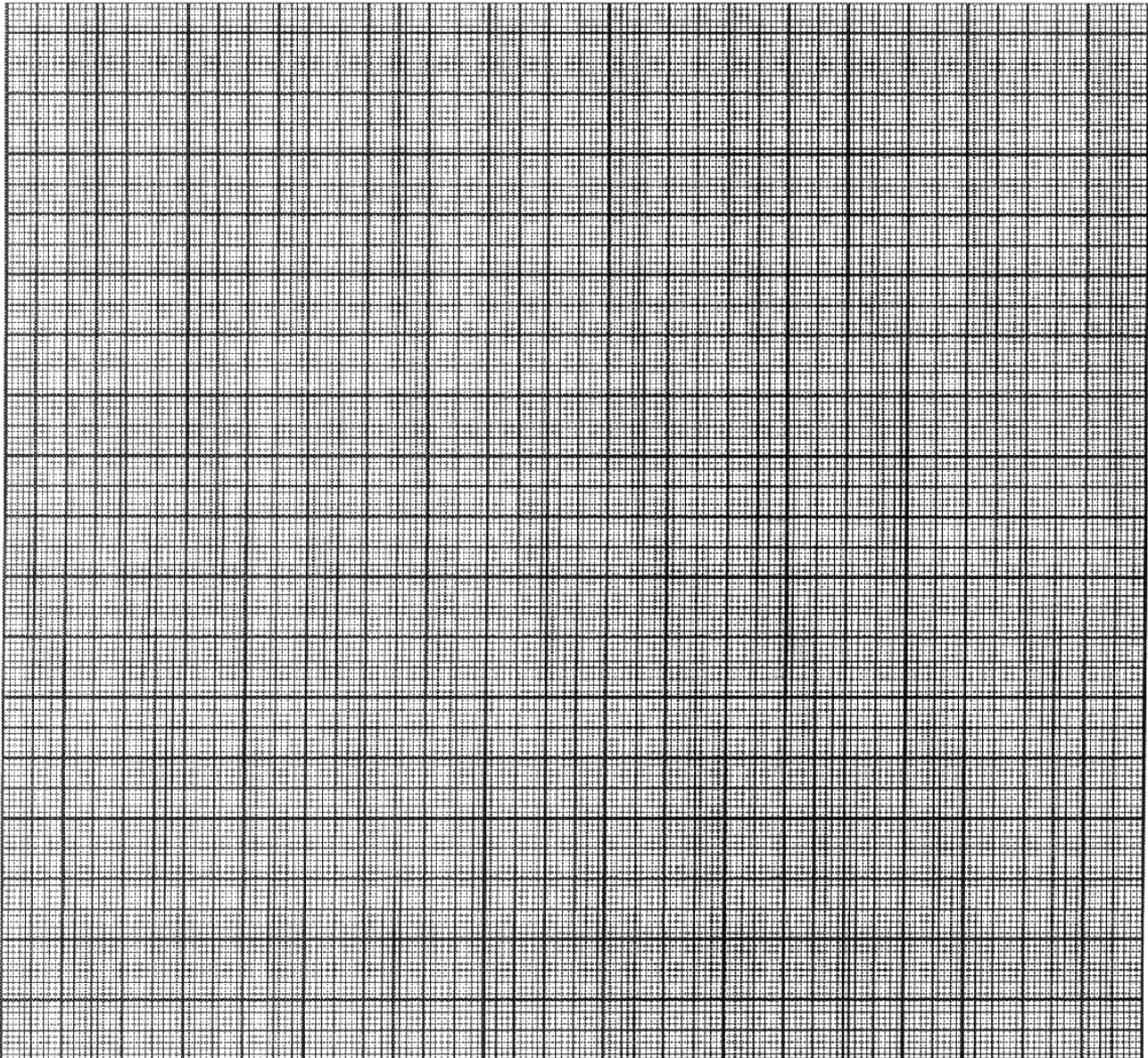
 Opinia organu sanitarnego Potwierdzające prawo spółki do korzystania z pomieszczenia Umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji Inne

* Część B wniosku wypełnia wnioskodawca odrębnie dla każdego współnika oraz pomieszczenia, w którym lekarz, lekarz stomatolog, wspólnik spółki będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA
UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA

<input type="checkbox"/> AKT WŁASNOŚCI	<input type="checkbox"/> UMOWA NAJMU
<input type="checkbox"/> UMOWA PODNAJMU	<input type="checkbox"/> UMOWA UŻYCZENIA

SZKIC SYTUACYJNY POMIESZCZENIA



Należy zaznaczyć okna, wejście do pomieszczenia, drzwi lub komunikację wewnętrzną, podać nazwy poszczególnych części pomieszczenia i ich powierzchnię.

***MIEJSCE PRZYJMOWANIA WEZWAŃ**

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu / nr lokalu		Kod pocztowy <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks
Sposób przyjmowania wezwań		

***MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI / NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI**

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu / nr lokalu		Kod pocztowy <input style="width: 40px;" type="text"/> - <input style="width: 40px;" type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks

* Wypełnia wnioskodawca w odniesieniu do lekarza, lekarza stomatologa, wspólnika spółki, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**DANE O WYPOSAŻENIU POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA**

Nazwa	Ilość

DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNA

Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

Data

Podpis przedstawiciela spółki

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

OPINIA ORGANU SANITARNEGO O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIJĄCYCH
UDZIELANIE OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

Nazwa organu

Data

□□-□□-□□□□

SPRAWOZDANIE ZESPOŁU WIZYTACYJNEGO

Zespół wizytacyjny powołany uchwałą nr

ORL/WRL z dnia

w składzie

Przeprowadził w dniu

wizytację pomieszczenia

i dokonał oceny pomieszczenia, urządzeń, sprzętu i aparatury medycznej / środków łączności, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji

Zespół potwierdza dane złożone we wniosku zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 2 lub ust. 5a pkt 2 i 3 ustawy o zawodzie lekarza

Zespół stwierdza rozbieżność następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym

Opinia zespołu o możliwości udzielania deklarowanych przez wspólnika świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej z zachowaniem zasad określonych w art. 4 ustawy o zawodzie lekarza

Data

Podpisy członków zespołu

UWAGI

CZĘŚĆ C

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ RADY LEKARSKIEJ

	Numer uchwały ORL/WRL		z dnia																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na prowadzenie grupowej praktyki lekarskiej																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na prowadzenie grupowej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania																							
	w zakresie																							
	przez lekarzy/lekarzy stomatologów wpisanych na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej																							
	i wpisano praktykę do rejestru grupowych praktyk lekarskich pod nr	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>																						
<input type="checkbox"/>	Nie udzielono zezwolenia na prowadzenie grupowej praktyki lekarskiej (uzasadnienie w załączeniu)																							
Data		Podpis i pieczęć																						

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE

--

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYKI Z REJESTRU

Uchwałą ORL/WRL nr		z dnia													
cofnięto zezwolenie oraz skreślono z rejestru grupowych praktyk lekarskich praktykę prowadzoną															
przez lekarzy/lekarzy stomatologów wpisanych na listę wspólników spółki cywilnej															
zarejestrowaną pod numerem	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>													w związku z:	
<input type="checkbox"/>	skreśleniem z listy członków izby wspólnika spółki cywilnej	z dniem													
<input type="checkbox"/>	złożeniem oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki przez wspólnika spółki cywilnej	w dniu													
<input type="checkbox"/>	niespełnianiem wymogów art. 50 ust. 1 pkt 1 i 2 lub ust. 2 pkt 1 i 2 lub ust. 4 pkt 2 lub ust. 5a pkt 2 i 3 oraz art. 50a ust. 2 ustawy o zawodzie lekarza przez wspólnika spółki cywilnej	z dniem													
<input type="checkbox"/>	zawieszeniem prawa wykonywania zawodu wspólnikowi spółki cywilnej	w dniu													
Data		Podpis i pieczęć													

Wzór

ZEZWOLENIE Nr
NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
na obszarze działania

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

przez lekarza/lekarza stomatologa

Pana/ -nią

posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu lekarza/ lekarza stomatologa
nr

członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

wydane przez Okręgową Radę Lekarską/Wojskową Radę Lekarską
na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia

zezwolenie bezterminowe/ ważne do dnia

Pieczęć okrągła

Data

Przewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Wzór

ZEZWOLENIE Nr
NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA
na obszarze działania

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

przez lekarza/lekarza stomatologa

Pana/-nią

posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa
nr

członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

wydane przez Okręgową Radę Lekarską/Wojskową Radę Lekarską
na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r.
Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60,
poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady
Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia

zezwolenie bezterminowe/ ważne do dnia

Pieczęć okrągła

Data

Przewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Wzór

ZEZWOLENIE Nr
NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ
PRAKTYKI LEKARSKIEJ
W DZIEDZINIE/DZIEDZINACH
na obszarze działania

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

przez lekarza/lekarza stomatologa

Pana/-nią

posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa
nr

członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)
posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

.....
wydane przez Okręgową Radę Lekarską/Wojskową Radę Lekarską
na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia

zezwolenie bezterminowe/ ważne do dnia

Pieczęć okrągła

Data

Przewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Wzór

ZEZWOLENIE Nr
NA WYKONYWANIE INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ
PRAKTYKI LEKARSKIEJ
W DZIEDZINIE/DZIEDZINACH
WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA
na obszarze działania

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

przez lekarza/lekarza stomatologa

Pana/-nią

posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu nr

członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)
posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

.....
wydane przez Okręgową Radę Lekarską/Wojskową Radę Lekarską
na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia

zezwolenie bezterminowe/ ważne do dnia

Pieczęć okrągła

Data

Przewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Wzór

ZEZWOLENIE Nr
NA PROWADZENIE GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
W ZAKRESIE

na obszarze działania

.....
 (nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

przez lekarzy/lekarzy stomatologów

wspólników spółki cywilnej:

1. Pana/-nią
 posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa nr
 członka
 (nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)
 posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie.....
2. Pana/-nią
 posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa nr
 członka
 (nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)
 posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie.....
3. Pana/-nią
 posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa nr
 członka
 (nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)
 posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie.....

wydane przez Okręgową Radę Lekarską/Wojskową Radę Lekarską
 na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r.
 Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60,
 poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady
 Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia

zezwolenie bezterminowe/ ważne do dnia

Pieczęć okrągła

Data

Przewodniczący
 Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Wzór

ZEZWOLENIE Nr
NA PROWADZENIE GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
W ZAKRESIE
WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA
na obszarze działania

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

przez lekarzy/lekarzy stomatologów

wspólników spółki cywilnej:

1. Pana/-nią
posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa nr
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)
posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie.....
2. Pana/-nią
posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa nr
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)
posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie.....
3. Pana/-nią
posiadającego/-ą prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa nr
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)
posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie.....

wydane przez Okręgową Radę Lekarską/Wojskową Radę Lekarską
na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r.
Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668, Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60,
poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady
Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia

zezwolenie bezterminowe/ ważne do dnia

Pieczęć okrągła

Data

Przewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Wzór

Z a ś w i a d c z e n i e
o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w..... z dnia stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona w**

.....
(adres praktyki)

przez

lekarza/lekarza stomatologa

Pana/-nią.....

członka

(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

W Y K O N Y W A N A

.....
miejsce wykonywania praktyki — adres(-y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

została wpisana do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich

pod nr

Pieczeń okrągła

Sekretarz
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Przewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Wzór

Z a ś w i a d c z e n i e

o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona w**

.....
(adres praktyki)

**przez
lekarza/lekarza stomatologa**

Pana/- nią
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) – adres(-y).....

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

została wpisana do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich

pod nr

Pieczęć okrągła

Sekretarz
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Przewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Wzór

Z a ś w i a d c z e n i e**o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich**.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w..... z dnia stwierdza się, że **indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska prowadzona w**

(adres praktyki)

przez
lekarza/lekarza stomatologa

Pana/-nią.....
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)
posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

W Y K O N Y W A N A

w dziedzinie.....
miejsce wykonywania praktyki – adres(-y).....

(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w dziedzinie.....
miejsce wykonywania praktyki – adres(-y).....

(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w dziedzinie.....
miejsce wykonywania praktyki – adres(-y).....

(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

została wpisana do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich**pod nr**

Pieczęć okrągła

Sekretarz
Okręgowej (Wojskowej) Rady LekarskiejPrzewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Wzór

Z a ś w i a d c z e n i e**o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich**

.....
 (nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia stwierdza się, że **indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska prowadzona w**

.....
 (adres praktyki)

przez
lekarza/lekarza stomatologa

Pana/-nią

członka

(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

w dziedzinie

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) – adres(-y)

.....
 (województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w dziedzinie

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) – adres(-y)

.....
 (województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w dziedzinie

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) – adres(-y)

.....
 (województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

została wpisana do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich

pod nr

Pieczęć okrągła

Sekretarz
 Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Przewodniczący
 Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

W z ó r

Z a ś w i a d c z e n i e
o wpisie do rejestru grupowych praktyk lekarskich

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia stwierdza się, że **grupowa praktyka lekarska** w

.....
(adres grupowej praktyki)

**prowadzona przez lekarzy/lekarzy stomatologów
wspólników spółki cywilnej**

1. **Pana/-nią**
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie
2. **Pana/-nią**
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie
3. **Pana/-nią**
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

W RAMACH KTÓREJ UDZIELANE SĄ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

w zakresie

miejsce wykonywania praktyki – adres(-y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w zakresie

miejsce wykonywania praktyki – adres(-y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w zakresie

miejsce wykonywania praktyki – adres(-y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

została wpisana do rejestru grupowych praktyk lekarskich

pod nr

Pieczęć okrągła

Sekretarz
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Przewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

W z ó r

Z a ś w i a d c z e n i e
o wpisie do rejestru grupowych praktyk lekarskich

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodzie lekarza (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 i Nr 88, poz. 554, z 1998 r. Nr 106, poz. 668 i Nr 162, poz. 1115, z 1999 r. Nr 60, poz. 636 i Nr 64, poz. 729 oraz z 2000 r. Nr 12, poz. 136) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w z dnia stwierdza się, że **grupowa praktyka lekarska**

w

.....
(adres grupowej praktyki)

prowadzona przez lekarzy/lekarzy stomatologów
wspólników spółki cywilnej

1. **Pana/-nią**
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie
2. **Pana/-nią**
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie
3. **Pana/-nią**
członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) (nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej) posiadającego/-ą specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

W RAMACH KTÓREJ UDZIELANE SĄ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE
WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

w zakresie.....
miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) – adres(-y).....

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w zakresie
miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) – adres(-y).....

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w zakresie
miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) – adres(-y).....

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

została wpisana do rejestru grupowych praktyk lekarskich
pod nr

Pieczęć okrągła

Sekretarz
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

Przewodniczący
Okręgowej (Wojskowej) Rady Lekarskiej

WYKAZ NUMERÓW KODOWYCH OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH

- | | |
|---|--|
| 50 — Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku | 61 — Okręgowa Izba Lekarska w Opolu |
| 51 — Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej | 62 — Okręgowa Izba Lekarska w Płocku |
| 52 — Bydgosko-Pilska Izba Lekarska w Bydgoszczy | 63 — Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu |
| 53 — Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku | 64 — Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie |
| 54 — Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim | 65 — Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie |
| 55 — Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach | 66 — Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie |
| 56 — Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach | 67 — Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu |
| 57 — Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie | 68 — Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie |
| 58 — Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie | 69 — Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu |
| 59 — Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi | 70 — Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze |
| 60 — Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie | 72 — Wojskowa Izba Lekarska |
| | 74 — Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie |