

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

Imię i nazwisko osoby uprawnionej
do reprezentowania spółki

**12. PRZEWIDYWANA DATA ROZPOCZĘCIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

dn.

19	miejsce, data	imię, nazwisko, pełniona funkcja i podpis przedstawiciela spółki
----	---------------	--

OŚWIADCZAM, ŻE:

- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotu wykonującego działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- znane są wspólnikom/partnerom i spełniają oni 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
 - wspólnicy/partnerzy posiadają zestawy do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej obejmujące 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, przystosowane do transportu – w przypadku wykonywania praktyki również w miejscu wezwania

niepotrzebne skreślić

Adres wnioskodawcy (przedstawiciela spółki):

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

NR

NA LIŚCIE STRON UMOWY SPÓŁKI,
WSPÓLNIKÓW LUB PARTNERÓW SPÓŁKI

CZĘŚĆ II

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA
CZĘŚĆ II WNIOSKU WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA ODREBNI
DLA KAŻDEGO WSPÓLNIKA, KTÓRY BĘDZIE UDZIELAŁ ŚWIADCZEŃ
ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

A-2(1)

2. DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA LUB PARTNERA

imiona i nazwisko

posiada tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ /
/ WOJSKOWEJ
IZBY LEKARSKIEJ

kod izby

w

4

numer okręgowego rejestru (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)

--

6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

numer

7. WPIS DO EWIDENCJI DZIAŁALNOŚCI GOSPODARCZEJ
LEKARZA STRONY UMOWY SPÓŁKI CYWILNEJ

TAK

numer

(jeżeli został nadany)

8. NUMER IDENTYFIKACJI PODATKOWEJ (NIP)

numer

17. INFORMACJA O UBEZPIECZENIU OD ODPOWIEDZIALNOŚCI CYWILNEJ

okres ubezpieczenia od dn. do dn.

Zakres ubezpieczenia:

suma gwarancyjna

13. POSIADANE SPECJALIZACJE

posiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacjaposiadana
specjalizacja9. 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 DZIEDZINIE10. RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
WYKONYWANYCH W POMIESZCZENIU (GABINECIE) (DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI)

97

kod praktyki

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**11. ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W POMIESZCZENIU (GABINECIE)**
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

97 ()
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

**10.a) RODZAJ I ZAKRES PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
WYKONYWANYCH W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**
(DLA KAŻDEGO RODZAJU PRAKTYKI)

97 ()
kod praktyki

diagnostycznych	
lecznicznych	
rehabilitacyjnych	
orzeczniczych	

**11.a) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)**
(DLA KAŻDEGO MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI W POMIESZCZENIU)

97 ()
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

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

dn.

15 miejsce, data imię i nazwisko i podpis przedstawiciela spółki

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- opinia organu sanitarnego
 umowa o ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej