

# 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

#### ZAŁĄCZONE 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 <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks

**RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)**

diagnostycznych	
lecniczych	
rehabilitacyjnych	

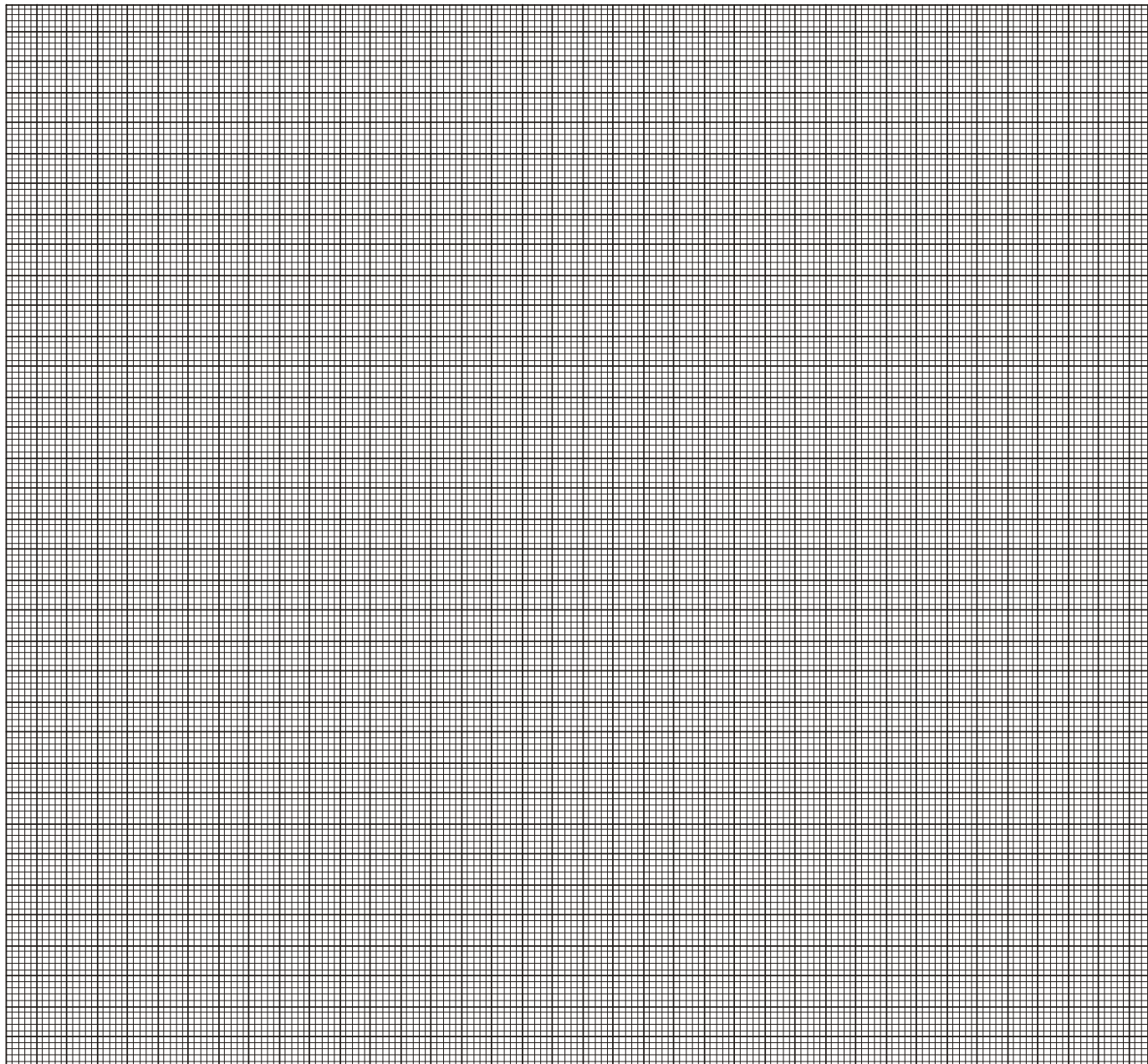
Data	Podpis
------	--------

\* 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.

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



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

<input type="checkbox"/>	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	<input type="text"/>		
<input type="checkbox"/>	Nie udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej (uzasadnienie w załączeniu)			
Data		Podpis i pieczęć		

#### ANOTACJE 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 praktyk lekarskich praktykę wykonywaną																							
przez Panią/Pana																							
zarejestrowaną pod numerem	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <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> <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>																					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																					