

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

w

numer rejestru
[] [] - [] [] - [] [] [] [] [] []

Posiadana specjalizacja

Posiadana specjalizacja

Posiadana specjalizacja

Posiadana umiejętność medyczna

Posiadana umiejętność medyczna

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

-

Miejscowość

Telefon

Faks

RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)

Dziedzina medycyny

Dziedzina medycyny

Dziedzina medycyny

Data

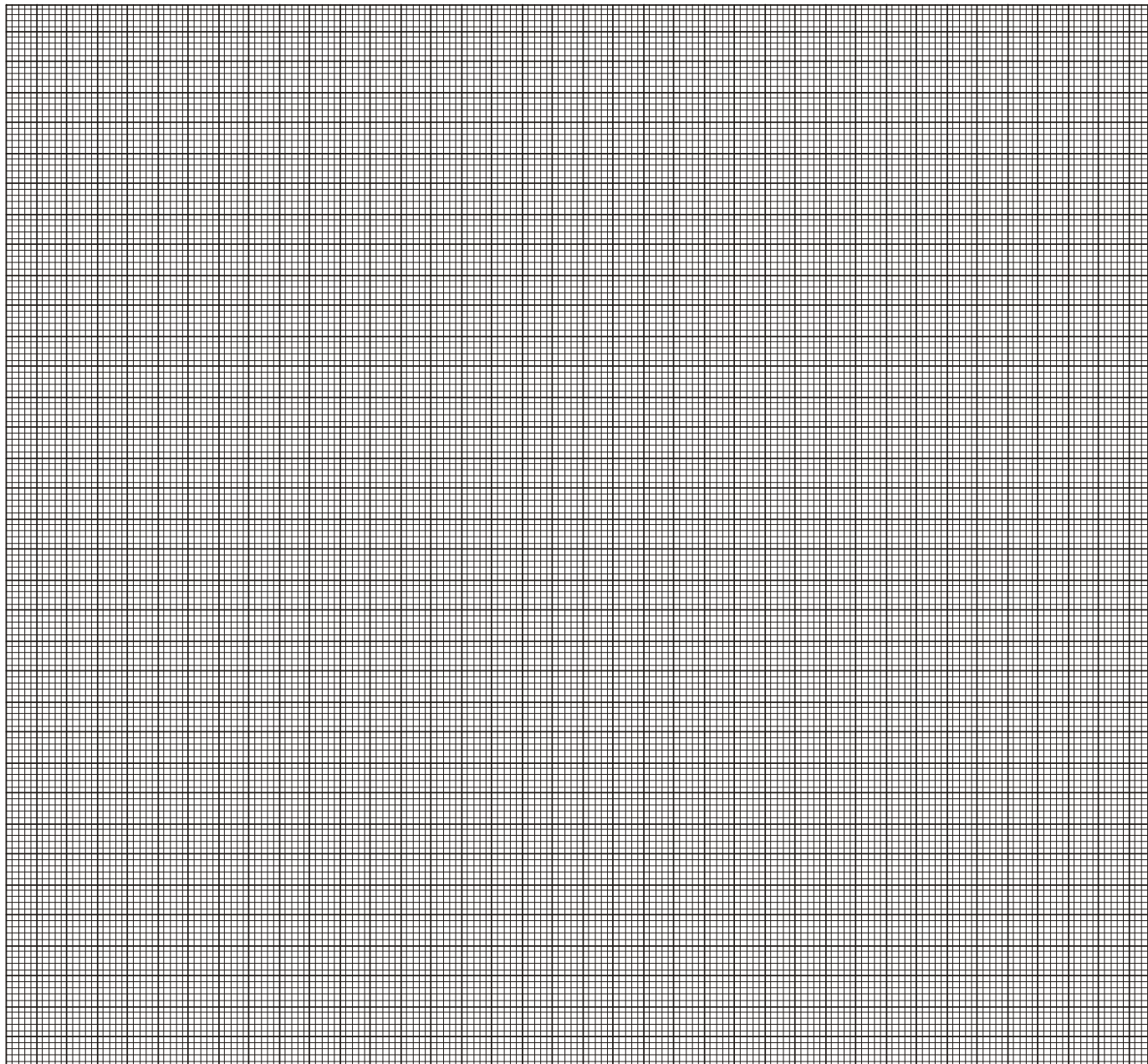
Podpis

* Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka 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=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <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=""/> <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <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="text"/>		
<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	<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 ustawy o zawodzie lekarza		z dniem																				
<input type="checkbox"/>	zawieszeniem prawa wykonywania zawodu		w dniu																				
Data		Podpis i pieczęć																					