

WNIOSEK O WYDANIE ZEZWOLENIA NA PROWADZENIE GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

I WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK LEKARSKICH

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

CZĘŚĆ A

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

NR AKT

DATA PRZYJĘCIA

DANE EWIDENCYJNE

GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA

LEKARZY

LEKARZY STOMATOLOGÓW

Reprezentowana przez – nazwisko i imiona przedstawiciela spółki

Umowa spółki prawa cywilnego z dnia (w załączeniu)

ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu / nr lokalu		Kod pocztowy [][]-[][][][]
Miejscowość	Telefon	Faks

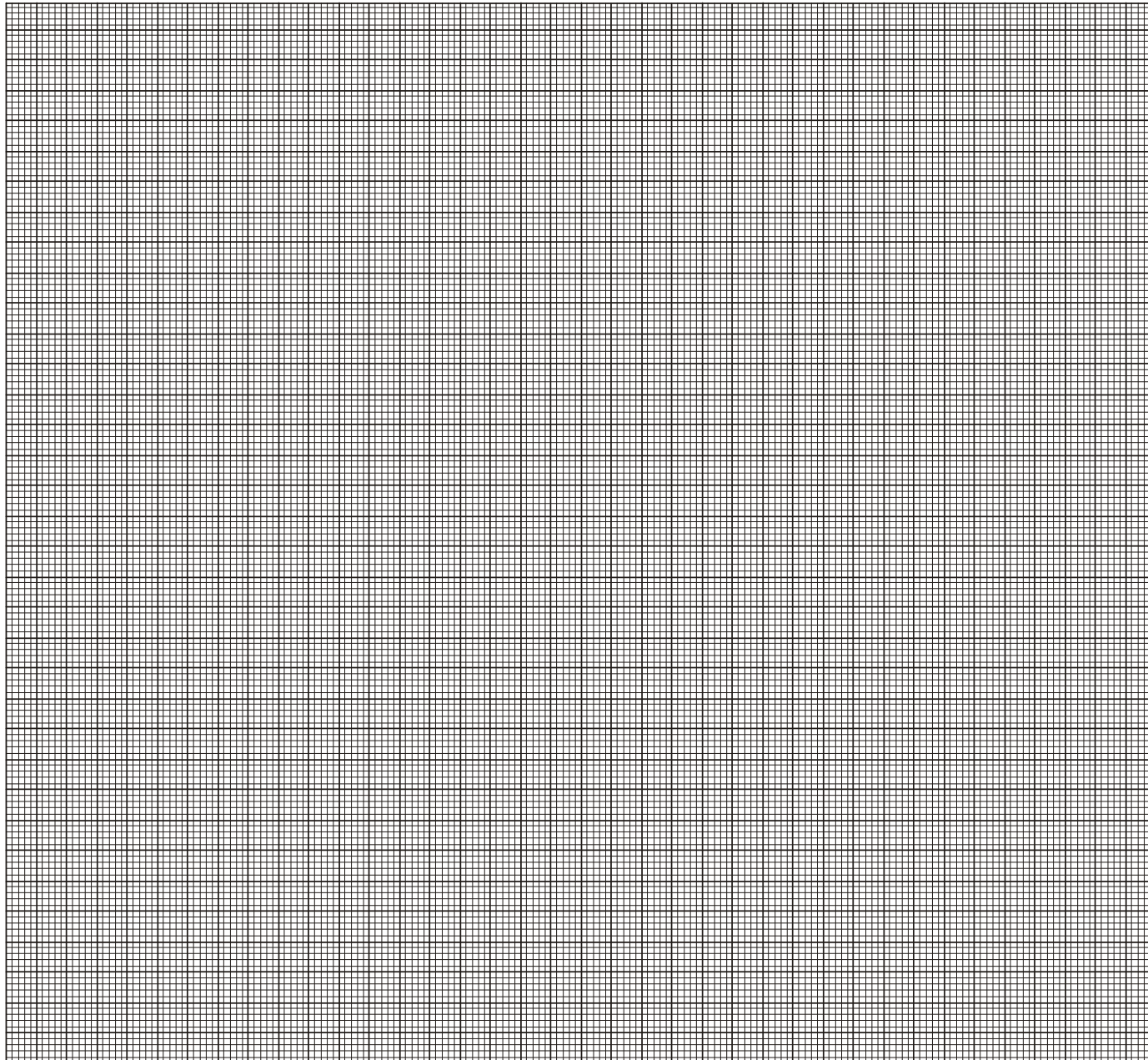
LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI CYWILNEJ

NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	[][] - [][] - [][][][][][][][] numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	[][] - [][] - [][][][][][][][] numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	[][] - [][] - [][][][][][][][] numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	[][] - [][] - [][][][][][][][] numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	[][] - [][] - [][][][][][][][] numer rejestru

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	□□-□□□
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	□□-□□□
Miejscowość	Telefon	Faks		
* Wypełnia wnioskodawca w odniesieniu do lekarza, lekarza stomatologa, współnika spółki, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych 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 przez współnika 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 współników spółki cywilnej			
i wpisano praktykę do rejestru grupowych praktyk lekarskich pod nr		<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
<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: 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 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																					