WNIOSEK O

C

☐ **WPIS ZMIANY W REJESTRZE – WYKREŚLENIE Z REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ DANYCH DOTYCZĄCYCH JEDNEJ Z PRAKTYK WPISANYCH DO REJESTRU**

(wniosek należy złożyć do rady okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

☐ **WYKREŚLENIE Z REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ DANYCH DOTYCZĄCYCH DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ WYKONYWANEJ PRZEZ LEKARZA/LEKARZA DENTYSTĘ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ**

(wniosek należy złożyć do każdej rady okręgowej, która dokonała wpisu do rejestru)

data przyjęcia ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

2. NUMER KSIĘGI REJESTROWEJ ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

3. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR

L ☐☐ *kod izby* ..... nazwa i siedziba okręgowej / Wojskowej Rady Lekarskiej

4. DANE EWIDENCYJNE

imiona i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy ☐ LEKARZA ☐ LEKARZA DENTYSTY

5. CZŁONEK OKRĘGOWEJ / / WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w .....

numer okręgowego rejestru ☐☐ — ☐☐ — ☐☐☐☐☐☐☐

6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

nr ☐☐☐☐☐☐☐

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE JEDNEJ Z PRAKTYK WPISANYCH DO REJESTRU

Informuję, że z dniem ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki wpisanej do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską – kod izby L ☐☐, kod praktyki ☐☐ – i wnioskuję o wykreślenie praktyki z rejestru.

☐ **PRAKTYKA WYKONYWANA W POMIESZCZENIU LUB W POMIESZCZENIU I PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:	
	☐ STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE
	☐ STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE
	☐ AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

☐ **INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA** – *kod praktyki* **98**

☐ **INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA W DZIEDZINIE** ..... – *kod praktyki* **99**

☐ PRAKTYKA WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ I PRAKTYKI LEKARSKIEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ: ☐ **AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

☐ **INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA** – *kod praktyki* **95**

☐ **INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**
W DZIEDZINIE ..... – *kod praktyki* **96**

☐ PRAKTYKA WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

RODZAJ DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ:

☐ **STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE SZPITALNE**

☐ **STACJONARNE I CAŁODOBOWE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE INNE NIŻ SZPITALNE**

☐ **AMBULATORYJNE ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

RODZAJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

☐ **INDYWIDUALNA PRAKTYKA LEKARSKA WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO** – *kod praktyki* **93**

☐ **INDYWIDUALNA SPECJALISTYCZNA PRAKTYKA LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**
W DZIEDZINIE ..... – *kod praktyki* **94**

data	podpis lekarza składającego wniosek

INFORMACJA O ZAPRZESTANIU WYKONYWANIA DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ W FORMIE PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Informuję, że z dniem ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ zaprzestaję prowadzenia działalności leczniczej w formie praktyki/praktyk wpisanej(ych) do rejestru podmiotów prowadzących działalność leczniczą przez okręgową radę lekarską:

– kod izby **L** ☐☐, kod praktyki ☐☐ rodzaj praktyki .....
kod praktyki ☐☐ rodzaj praktyki .....
kod praktyki ☐☐ rodzaj praktyki .....

– kod izby **L** ☐☐, kod praktyki ☐☐ rodzaj praktyki .....
kod praktyki ☐☐ rodzaj praktyki .....
kod praktyki ☐☐ rodzaj praktyki .....

– kod izby **L** ☐☐, kod praktyki ☐☐ rodzaj praktyki .....
kod praktyki ☐☐ rodzaj praktyki .....
kod praktyki ☐☐ rodzaj praktyki .....

i wnioskuję o wykreślenie danych z rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

data	podpis lekarza składającego wniosek