

## 409

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>

z dnia 20 marca 2007 r.

**w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich**

Na podstawie art. 50b ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 oraz z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy tryb postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich;
- 2) wzory wniosku o wpis do rejestru:
  - a) indywidualnych praktyk lekarskich, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
  - b) indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,
  - c) grupowych praktyk lekarskich, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 3) wzory zaświadczeń o wpisie do rejestru:
  - a) indywidualnych praktyk lekarskich, stanowiące załączniki nr 4 i 5 do rozporządzenia,
  - b) indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, stanowiące załączniki nr 6 i 7 do rozporządzenia,
  - c) grupowych praktyk lekarskich, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 4) sposób prowadzenia rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich.

§ 2. 1. Lekarz, który zamierza wykonywać indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w kilku dziedzinach medycyny, składa jeden wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. b.

2. Lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację I lub II stopnia, którzy zamierzają udzielać świadczeń zdrowotnych w różnych dziedzinach medycyny w ramach grupowej praktyki lekarskiej, składają jeden wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. c.

3. Lekarz, lekarze, którzy zamierzają wykonywać równocześnie indywidualną praktykę lekarską i indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską i udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej w celu uzyskania wpisów do odpowiednich rejestrów, składają odrębne wnioski dla każdej z praktyk.

4. Lekarz, lekarze, którzy zamierzają wykonywać indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej w kilku pomieszczeniach, mają obowiązek przedstawić dane o każdym z tych pomieszczeń, jego wyposażeniu w aparaturę, produkty lecznicze, wyroby medyczne i sprzęt medyczny oraz odrębną opinię, o której mowa w art. 50 ust. 9 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zwanej dalej „ustawą”.

§ 3. Okręgowa rada lekarska w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, grupowych praktyk lekarskich, wraz z dokumentami, o których mowa w art. 50 ust. 9 i 10 lub art. 50 a ust. 5 i 6 ustawy, deleguje zespół wizytacyjny składający się z lekarzy, z których co najmniej jeden powinien posiadać specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej do dziedziny, w której ma być wykonywana praktyka, w celu dokonania oceny pomieszczeń, urządzeń, sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej i sporządzenia opinii w przedmiocie możliwości udzielania deklarowanych przez lekarza, lekarzy świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

§ 4. 1. W przypadku grupowej praktyki lekarskiej zaświadczenie o wpisie do rejestru grupowych praktyk lekarskich okręgowa rada lekarska wydaje każdemu lekarzowi będącemu współnikiem spółki.

2. W sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 1, okręgowa rada lekarska wydaje lekarzowi jedno zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej obejmujące deklarowane dziedziny medycyny.

3. W sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 2, okręgowa rada lekarska wydaje każdemu lekarzowi zaświadczenie o wpisie do rejestru grupowych praktyk lekarskich z wpisem określającym lekarzy udzielających

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

świadczeń zdrowotnych w ramach tej praktyki oraz dziedziny medycyny, w których będą oni udzielali świadczeń zdrowotnych.

4. W sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 3, okręgowa rada lekarska wydaje lekarzowi albo lekarzom zaświadczenia o wpisie do rejestru odrębnie dla indywidualnej praktyki lekarskiej, dla indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i dla grupowej praktyki lekarskiej.

§ 5. W przypadku gdy lekarz ma zamiar wykonywać indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo co najmniej jeden z lekarzy wykonujących zawód w ramach grupowej praktyki lekarskiej ma zamiar udzielać świadczeń zdrowotnych w innej dziedzinie medycyny niż wpisana do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, grupowych praktyk lekarskich, składa odpowiedni wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 2.

§ 6. Numer wpisu praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, grupowych praktyk lekarskich, o którym mowa w art. 50b ust. 5 pkt 1 ustawy, składa się z ciągu kolejnych znaków:

- 1) dwucyfrowego numeru kodowego okręgowej izby lekarskiej, która prowadzi rejestr, określonego w załączniku nr 9 do rozporządzenia;
- 2) dwucyfrowego oznaczenia praktyki:  
97 — dla grupowej praktyki lekarskiej,  
98 — dla indywidualnej praktyki lekarskiej,  
99 — dla indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej;
- 3) jednocyfrowego oznaczenia zawodu lekarza, lekarza dentystry:  
1 — dla praktyki wykonywanej przez lekarza lub prowadzonej przez lekarzy,  
2 — dla praktyki wykonywanej przez lekarza dentystę lub prowadzonej przez lekarzy dentyistów;
- 4) siedmiocyfrowego numeru prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry albo sześciocyfrowego kolejnego numeru wpisu do rejestru grupowych praktyk lekarskich w przypadku grupowej praktyki lekarskiej.

§ 7. W zakresie oznaczenia rodzaju praktyki dokonuje się następującego wpisu:

- 1) „praktyka ogólnolekarska” lub „praktyka ogólnostomatologiczna” — w odniesieniu do lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską albo lekarzy udzielających świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej, nieposiadających specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty;
- 2) „praktyka — specjalistyczna w dziedzinie .....” — w odniesieniu do lekarza wykonującego indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo lekarzy udzielających świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej, posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty;
- 3) „praktyka w miejscu wezwania” — w odniesieniu do lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo lekarzy udzielających świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej, wyłącznie w miejscu wezwania.

§ 8. 1. Dane zawarte w rejestrze indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej muszą być zgodne z danymi zawartymi w okręgowym rejestrze lekarzy.

2. Rejestry indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej prowadzi się w sposób zapewniający bezpieczeństwo przechowywania danych i możliwość ich udostępniania.

§ 9. Przepisy rozporządzenia dotyczące okręgowej rady lekarskiej stosuje się do Wojskowej Rady Lekarskiej.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *Z. Religa*

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2000 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów (Dz. U. Nr 30, poz. 378), które utraciło moc z dniem 22 lutego 2005 r. na podstawie art. 85 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. — Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 173, poz. 1808 oraz z 2006 r. Nr 225, poz. 1636).

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 marca 2007 r. (poz. 409)

Załącznik nr 1

WZÓR

(bordowy – PANTONE 1785 U)

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH PRAKTYK LEKARSKICH

(nazwa i siedziba Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

<b>CZĘŚĆ A</b> WYPELNI WNIOSKODAWCA	<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ	nr akt	
	<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA	data przyjęcia	
<b>DANE EWIDENCYJNE</b>			
nazwisko i imiona			
Posiadam tytuł		<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej		numer rejestru	
W .....		[ ][ ] - [ ][ ] - [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
prawo wykonywania zawodu nr		<input type="checkbox"/> nieograniczone	<input type="checkbox"/> ważne do dnia [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
<b>OŚWIADCZENIE</b>			
Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich są kompletne i zgodne z prawdą oraz że znane mi są i spełniam warunki prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie indywidualnej praktyki lekarskiej określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.)			
data		podpis	
[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
<b>MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA</b>			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy [ ][ ][ ] - [ ][ ][ ]
miejscowość		telefon	faks/e-mail
<b>PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT</b>			
Okres	Miejsce	Stanowisko	
<b>ZALĄCZONE DOKUMENTY</b>			
<input type="checkbox"/> opinia organu sanitarnego <input type="checkbox"/> potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia <input type="checkbox"/> umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji <input type="checkbox"/> kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej		<input type="checkbox"/> 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**

(ciemnozielony – PANTONE 7482 U)

- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE, WYROBY MEDYCZNE, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA I ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

<b>WYPELNIŁ WNIOSKODAWCA</b>	
Część B wniosku należy wypełnić oddzielnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka lekarska.	
nr ark.	
data przyjęcia	

nazwisko i imiona		
ADRES PRAKTYKI/MIEJSCE WYKONYWANIA PRAKTYKI		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px;"></span> - <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 20px;"></span>
miejscowość	telefon	faks/e-mail
RODZAJ PRZECHOWYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)		
diagnostycznych		
lecniczych		
rehabilitacyjnych		
data	podpis	

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**  
**UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA**

<input type="checkbox"/> <b>AKT WŁASNOŚCI</b>	<input type="checkbox"/> <b>UMOWA NAJMU</b>
<input type="checkbox"/> <b>UMOWA PODNAJMU</b>	<input type="checkbox"/> <b>UMOWA UŻYCZENIA</b>

**SZKIC SYTUACYJNY POMIESZCZENIA**

Należy zaznaczyć okna, wejście do pomieszczenia, drzwi lub komunikację wewnętrzną, podać nazwy poszczególnych części pomieszczenia i ich powierzchnię.

<b>MIEJSCE I SPOSOB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ *</b>			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy <input style="width: 40px;" type="text"/>
miejscowość	telefon	sposób przyjmowania wezwań	
<b>MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI *</b>			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy <input style="width: 40px;" type="text"/>
miejscowość	telefon	faks	
* Wypełnia lekarz, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania.			

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

**DANE O WYPOSAŻENIU POKRYCIEMIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE, FIZYOTERAPIJĘ**

Nazwa	Ilość

**DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCNĄ**

Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

**OŚWIADCZENIE**

Świadoma/-my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego:

Oświadczam, że posiadam zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej (przystosowany do transportu\*) obejmujący 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.

\* Dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania.

podpis wnioskodawcy/przedstawiciela podmiotu zawierającego umowę

data

podpis wnioskodawcy/przedstawiciela podmiotu zawierającego umowę

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

OPINIA ORGANU SANITARNEGO O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIĄCYCH  
UDZIELANIE OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH

nazwa organu

data

## SPRAWOZDANIE ZESPÓŁU WIZYTACYJNEGO

Zespół wizytacyjny powołany uchwałą nr

ORL/WRL z dnia

w składzie

przeprowadził w dniu

wizytację pomieszczenia

i dokonał oceny pomieszczenia, urządzeń, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, sprzętu i aparatury medycznej/środków łączności, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, produktów leczniczych, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji.

Zespół potwierdza dane złożone we wniosku zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 3, ust. 8 pkt 4 i ust. 9 pkt 1, 3 i 4 lub art. 50 ust. 6 pkt 2 i 3, ust. 8 pkt 5 i ust. 9 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

Zespół stwierdza rozbieżności następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym.

Opinia zespołu o możliwości udzielenia deklarowanych świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej praktyki lekarskiej z zachowaniem zasad określonych w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry

data

podpisy członków zespołu

Uwagi



**CZĘŚĆ C**  
**WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA**

**UCHWAŁA OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ RADY LEKARSKIEJ W**

<input type="checkbox"/>	Numer uchwały ORL/WRL		z dnia																
	<input type="checkbox"/> o wpisie praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich																		
	<input type="checkbox"/> o wpisie praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich wyłącznie w miejscu wezwania																		
	prowadzonej przez Panią/Pana																		
<input type="checkbox"/>	wpisano praktykę do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich			pod nr															
	<input type="checkbox"/> nie wpisano praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich (uzasadnienie w załączeniu)																		
data										podpis									

**ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE**

--

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

## ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WZYTACJACH PRAKTYKI

--	--

## ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYK Z REJESTRU

Nr uchwały ORL/WRL		z dnia											
Skreślono z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich praktyka wykonywana													
przez Pana/Panią													
zarejestrowaną pod nr	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"><tr><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td><td style="width: 20px; height: 20px;"></td></tr></table>											w związku:	
<input type="checkbox"/>	z pozbawieniem lekarza prawa wykonywania zawodu	z dnia											
<input type="checkbox"/>	z zawieszaniem lekarza w prawie wykonywania zawodu	z dnia											
<input type="checkbox"/>	z niespełnieniem warunków wykonywania działalności, o których mowa w art. 60 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty	z dniem											
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem przez lekarza oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki lekarskiej	w dniu											
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem wniosku przez lekarza o skreślenie z rejestru praktyki lekarskiej	w dniu											
<input type="checkbox"/>	z upływem terminu ważności wpisu	w dniu											
<input type="checkbox"/>	ze zrzeczeniem się przez lekarza prawa wykonywania zawodu	z dnia											
<input type="checkbox"/>	ze skreśleniem lekarza z listy członków Izby z przyczyn określonych w art. 13 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1966 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.)	z dnia											
data		podpis i pieczęć											

WZÓR

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU INDYWIDUALNYCH SPECJALISTYCZNYCH PRAKTYK LEKARSKICH

(nazwa i siedziba Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

<b>CZĘŚĆ A</b> WYPEŁNIA WNIOSKODANCA	<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ	nr akt _____ data przyjęcia _____
	<input type="checkbox"/> INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA <b>W DZIEDZINIE</b> .....	

DANE EWIDENCYjne

nazwisko i imiona		
Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej	numer rejestru	
W .....	[ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]	
prawo wykonywania zawodu nr	<input type="checkbox"/> nieograniczone	<input type="checkbox"/> ważne do dnia [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich są kompletne i zgodne z prawdą oraz że znane mi są i spełniam warunki prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.)

data \_\_\_\_\_ podpis \_\_\_\_\_

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [ ][ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
miejsowość	telefon	faks/e-mail

posiadana specjalizacja	
posiadana specjalizacja	
posiadana specjalizacja	
posiadana umiejętność medyczna	
posiadana umiejętność medyczna	

PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH LAT

Okres	Miejsce	Stanowisko

ZALĄCZONE DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> opinia organu sanitarnego <input type="checkbox"/> potwierdzające prawo lekarza do korzystania z pomieszczenia <input type="checkbox"/> umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji <input type="checkbox"/> kserokopia zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej	<input type="checkbox"/> 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**

(jasnozielony – PANTONE 7478 U)

CZĘŚĆ B\* NR

- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE I WYROBY MEDYCZNE, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA I ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

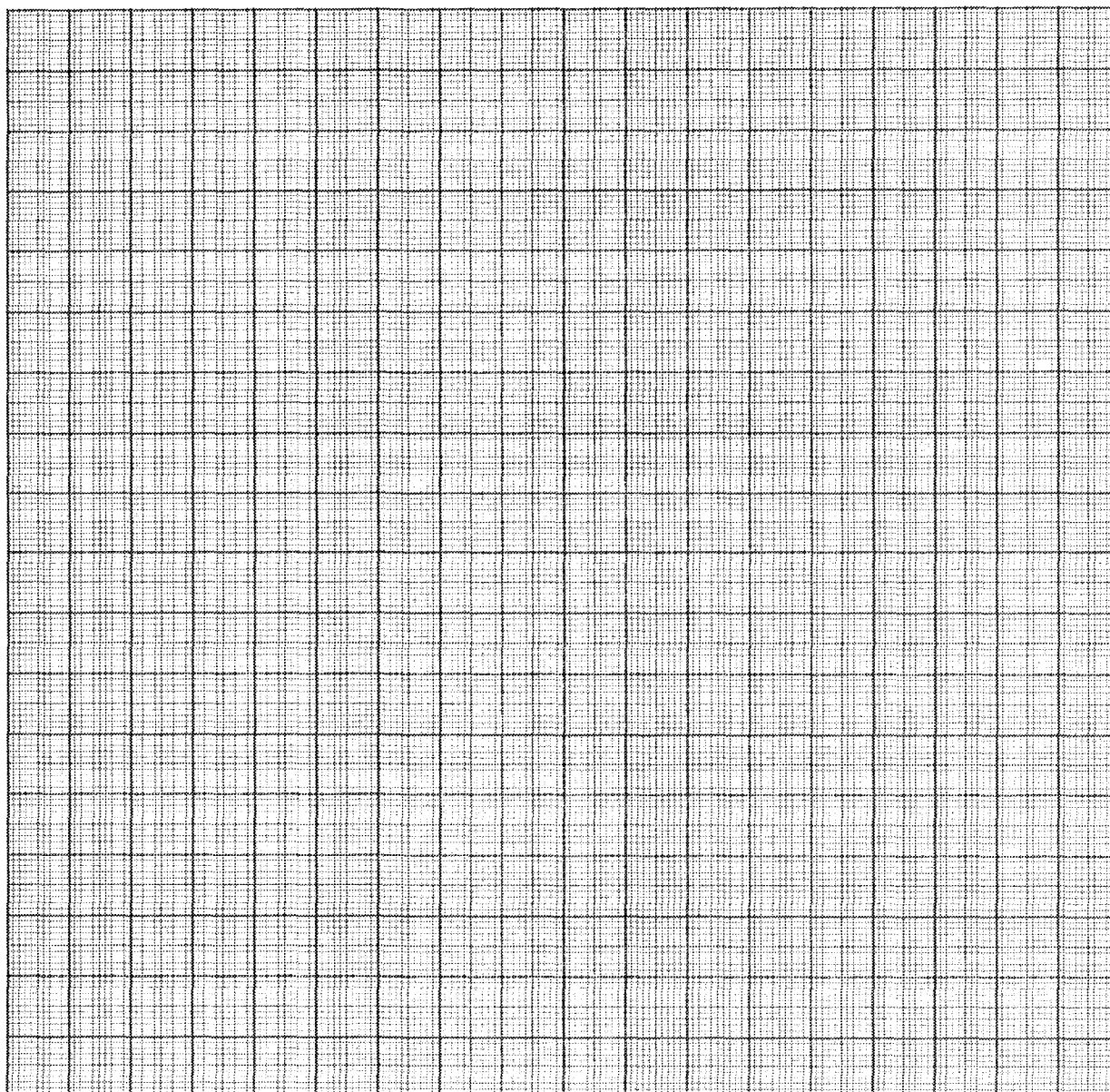
<b>WYPELNIŃ WNIOSKODAWCA</b> * Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska.	
nr akt	
data przyjęcia	

nazwisko i imiona		
<b>ADRES PRAKTYKI/MIEJSCE WYKONYWANIA PRAKTYKI</b>		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks/e-mail
<b>RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)</b>		
diagnostycznych		
lecniczych		
rehabilitacyjnych		
data	podpis	

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA  
UPRAWNIENIA DO KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA**

<input type="checkbox"/> <b>AKT WŁASNOŚCI</b>	<input type="checkbox"/> <b>UMOWA NAJMU</b>
<input type="checkbox"/> <b>UMOWA PODNAJMU</b>	<input type="checkbox"/> <b>UMOWA UŻYCZENIA</b>

**SZKIC SYTUACYJNY POMIESZCZENIA**



Należy zaznaczyć okna, wejście do pomieszczenia, drzwi lub komunikację wewnętrzną, podać nazwy poszczególnych części pomieszczenia i ich powierzchnię

<b>MIEJSCE I SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ *</b>			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy
mięscowosc	telefon	sposob przyjmowania wezwan	
<b>MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI</b>			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy
mięscowosc	telefon	faks	
* Wypełnia lekarz, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania.			

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

**DANE O WYPOSAŻENIU POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE I WYROBY MEDYCZNE**

Nazwa	Ilość

**DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ**

Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

**OŚWIADCZENIE**

Świadoma/-my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego:  
Oświadczam, że posiadam zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej (przystosowany do transportu\*) obejmujący w szczególności:  
zestaw rurkę ustno-gardłowych, zestaw masek twarzących, worek samorozprężalny, sprzęt niezbędny do kanulizacji żył, płyny infuzyjne  
oraz niezbędne leki i środki opatrunkowe, aparat do pomiaru ciśnienia krwi i stetoskop.

\* Dotyczy praktyki wykonywanej wyłącznie w miejscu wezwania.

**podpis wnioskodawcy/przedstawiciela  
podmiotu zawierającego umowę**

data

podpis wnioskodawcy/przedstawiciela podmiotu zawierającego umowę

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

OPINIA ORGANU SANITARNEGO O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIĄCYCH  
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, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, sprzętu i aparatury medycznej/środków łączności, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, produktów leczniczych, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji.

Zespół potwierdza dane złożone we wniosku zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 3, ust. 5 pkt 2, ust. 8 pkt 4 i ust. 9 pkt 1, 3 i 4 lub art. 50 ust. 5 pkt 2, ust. 6 pkt 2 i 3, ust. 8 pkt 5, ust. 9 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Zespół stwierdza rozbieżności następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym.

Opinia zespołu o możliwości udzielenia deklarowanych świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej z zachowaniem zasad określonych w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

data

podpisy członków zespołu

Uwagi



**CZĘŚĆ C**  
**WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LECARSKA**

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ RADY LECARSKIEJ W													
	Numer uchwały ORL/WRL	z dnia											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> o wpisie praktyki do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> o wpisie praktyki do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich wyłącznie w miejscu wezwania												
	prowadzonej przez Panią/Pana												
	w dziedzinie												
	wpisano praktykę do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich	pod nr	<table border="1" style="border-collapse: collapse; width: 100%;"> <tr> <td style="width: 12.5%; height: 15px;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> <td style="width: 12.5%;"></td> </tr> </table>										
<input type="checkbox"/>	nie wpisano praktyki do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich (uzasadnienie w załączeniu)												
data	podpis												
ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE													

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTAcjACH PRAKTYKI

[Empty space for notes on conducted practice visits]

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYK Z REJESTRU

Nr uchwały ORL/WRL		z dnia	
Skreślono z rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich praktykę wykonywaną			
przez Panią/Pana			
zarejestrowaną pod nr	<input type="text"/>	w związku:	
<input type="checkbox"/>	z pozbawieniem lekarza prawa wykonywania zawodu	z dnia	
<input type="checkbox"/>	z zawieszeniem lekarza w prawie wykonywania zawodu	z dnia	
<input type="checkbox"/>	z niespełnieniem warunków wykonywania działalności, o których mowa w art. 50 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry	z dniem	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem przez lekarza oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki lekarskiej	w dniu	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem wniosku przez lekarza o skreślenie z rejestru praktyki lekarskiej	w dniu	
<input type="checkbox"/>	z upływem terminu ważności wpisu	w dniu	
<input type="checkbox"/>	ze zrzeczeniem się przez lekarza prawa wykonywania zawodu	z dnia	
<input type="checkbox"/>	ze skreśleniem lekarza z listy członków Izby z przyczyn określonych w art. 13 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.)	z dnia	
data	podpis i pieczęć		

WZÓR

(zółty – PANTONE 012 U)

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK LEKARSKICH

..... (nazwa i siedziba Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej) .....

<b>CZĘŚĆ A</b>	<input type="checkbox"/> PRAKTYKI W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ <input type="checkbox"/> PRAKTYKI W FORMIE SPÓŁKI PARTNERSKIEJ	nr akt data przyjęcia
WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA		
<b>DANE EWIDENCYJNE</b>		
GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA <input type="checkbox"/> LEKARZY <input type="checkbox"/> LEKARZY DENTYSTÓW		
reprezentowanych przez – nazwisko i imiona przedstawiciela spółki:		
umowa spółki prawa cywilnego z dnia ..... /odpis wpisu do księgi rejestru sądowego spółki partnerskiej (w załączeniu)		
<b>OŚWIADCZENIE</b>		
Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich są kompletne i zgodne z prawdą oraz że znane mi są i spełniam warunki prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki lekarskiej określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.).		
data	imię i nazwisko, funkcja i podpis przedstawiciela spółki	
<b>ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ</b>		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
miejsowość	telefon	faks/e-mail
<b>LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI ORAZ MIEJSCA STAŁEGO ZAMIESZKANIA</b>		
NR	nazwisko i imiona	
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....		numer rejestru [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość
		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
NR	nazwisko i imiona	
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....		numer rejestru [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość
		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
NR	nazwisko i imiona	
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....		numer rejestru [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość
		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
NR	nazwisko i imiona	
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....		numer rejestru [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość
		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]

NR	nazwisko i imiona						
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....			numer rejestru <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
województwo	powiat	gmina/dzielnica					
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
NR	nazwisko i imiona						
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....			numer rejestru <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
województwo	powiat	gmina/dzielnica					
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
NR	nazwisko i imiona						
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....			numer rejestru <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
województwo	powiat	gmina/dzielnica					
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
NR	nazwisko i imiona						
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....			numer rejestru <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
województwo	powiat	gmina/dzielnica					
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
NR	nazwisko i imiona						
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....			numer rejestru <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
województwo	powiat	gmina/dzielnica					
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
NR	nazwisko i imiona						
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w .....			numer rejestru <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
województwo	powiat	gmina/dzielnica					
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy <table border="1" style="width: 100%; height: 15px;"> <tr> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> <td style="width: 25%;"> </td> </tr> </table>				
miejsce/data		podpis przedstawiciela spółki					

(olbrkowy – PANTONE 124 U)

**CZĘŚĆ B\* NR [ ] NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI**

DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA

DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE I WYROBY MEDYCZNE, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W TYM POMIESZCZENIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**  
\* Część B wniosku wypełnia wnioskodawca zgodnie dla każdego wspólnika oraz pomieszczenia, w którym lekarz/lekarz dentysta, wspólnik spółki będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej.

nr akt	
data przyjęcia	

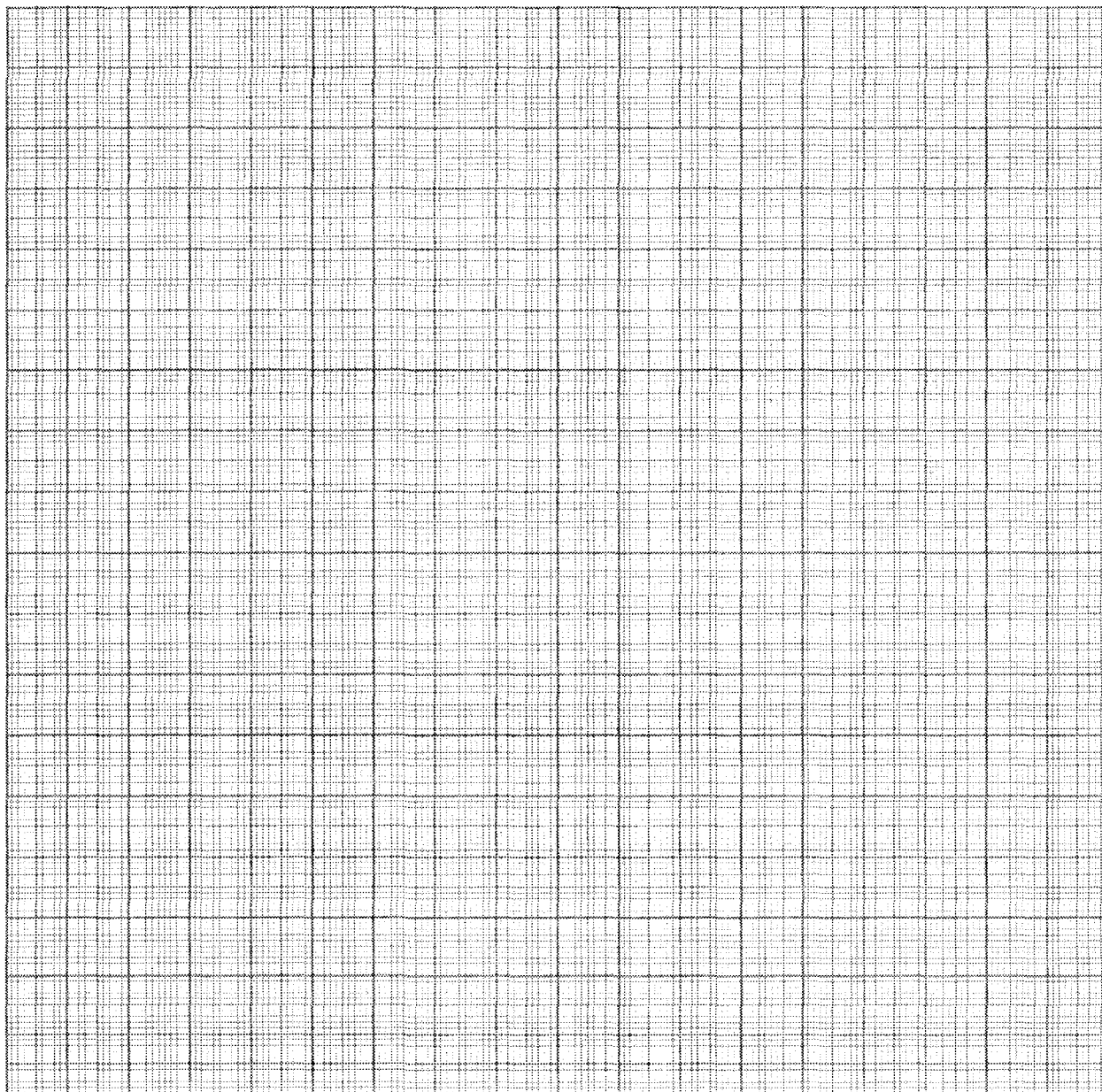
DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA		
nazwisko i imiona		
Posiadam tytuł <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY		
prawo wykonywania zawodu nr [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] <input type="checkbox"/> nieograniczone <input type="checkbox"/> ważne do dnia [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]		
posiadana specjalizacja		
posiadana specjalizacja		
posiadana specjalizacja		
posiadana umiejętność medyczna		
posiadana umiejętność medyczna		
PRZEBIEG PRACY ZAWODOWEJ W CIĄGU OSTATNICH 5 LAT		
Okres	Miejsce	Stanowisko
POTWIERDZENIE DANYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ/WOJEWÓDZKĄ RADĘ LEKARSKĄ		
data	podpis	
MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ		
województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ]
miejsowość	telefon	faks/e-mail
ZAKRES I RODZAJ PRZEWDYMYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, ZDROWOTNYCH)		
dziedzina medycyny		
dziedzina medycyny		
dziedzina medycyny		
dziedzina medycyny		
dziedzina medycyny		

## WYPELNIĄ 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.

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- opinia organu sanitarnego
- potwierdzające prawo spółki do korzystania z pomieszczenia
- umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji

inne:

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA**

**DANE O WYPOSAŻENIU POMIESZCZENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE I WYROBY MEDYCZNE**

Nazwa	Ilość

**DANE O WYPOSAŻENIU PRAKTYKI W SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ**

Nazwa	Producent	Rok produkcji	Numer fabryczny	Numer świadectwa atestacji i data ważności

**OŚWIADCZENIE**

Świadoma/-my odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego:

Oświadczam, że wspólnik spółki posiada zestaw do udzielania pierwszej pomocy lekarskiej obejmujący 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.

podpis przedstawiciela spółki

data

podpis przedstawiciela spółki

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

OPINIA ORGANU SANITARNEGO O SPŁCNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIĄJĄCYCH  
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, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, sprzętu i aparatury medycznej.			
<input type="checkbox"/>	Zespół potwierdza dane złożone we wniosku zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 2, ust. 9 pkt 1, 3 i 4 i ust. 8 pkt 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.		
<input type="checkbox"/>	Zespół stwierdza rozbieżności następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym.		

**Opinia zespołu o możliwości udzielenia deklarowanych przez wspólnika spółki świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej z zachowaniem zasad określonych w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty**

data

podpisy członków zespołu

Uwagi



**CZĘŚĆ C**  
**WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA**

**UCHWAŁA OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ RADY LEKARSKIEJ W** .....

<input type="checkbox"/>	Numer uchwały ORL/WRL		z dnia											
<input type="checkbox"/>	o wpisie praktyki do rejestru grupowych praktyk lekarskich													
	prowadzonej w zakresie													
	przez lekarzy/lekarzy dentyistów wpisanych na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej/partnerskiej													
	wpisano praktykę do rejestru grupowych praktyk lekarskich		pod nr	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
<input type="checkbox"/>	nie wpisano praktyki do rejestru grupowych praktyk lekarskich (uzasadnienie w załączeniu)													
data		podpis i pieczęć												

**DANE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE**

--

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

## ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

--

## ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYK Z REJESTRU

Nr uchwały ORL/WRL		z dnia	
Skreślono z rejestru grupowych praktyk lekarskich praktykę prowadzoną przez lekarzy/lekarzy dentyistów wpisanych na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej/partnerskiej			
zarejestrowaną pod nr	<input type="text"/>	w związku:	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki przez wspólnika spółki	w dniu	
<input type="checkbox"/>	z niespełnieniem wymogów prowadzenia grupowej praktyki lekarskiej określonych w art. 50a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty	z dniem	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem wniosku przez przedstawiciela spółki o skreślenie praktyki z rejestru grupowych praktyk lekarskich	z dniem	
data	podpis i pieczęć		

## WZÓR


**Zaświadczenie  
o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich**.....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr ..... Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w .....

z dnia ..... stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona****w** .....  
(adres praktyki)**przez lekarza/lekarza dentystę****Panią/Pana** .....członka .....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej).....  
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)**WYKONYWANA**

miejsce wykonywania praktyki

— adres(y) .....

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)**została wpisana do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich pod nr** .....  
pieczęć okrągła.....  
(Sekretarz  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej).....  
(Przewodniczący  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej)

## WZÓR

**Zaświadczenie  
o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich**

.....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr ..... Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w .....

z dnia ..... stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona**

**w** .....  
(adres praktyki)

**przez lekarza/lekarza dentystę**

**Panią/Pana** .....

członka .....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....  
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

**WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) — adres(y)

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**została wpisana do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich pod nr** .....



.....  
(Sekretarz  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej)

.....  
(Przewodniczący  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej)

## WZÓR

**Zaświadczenie  
o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich**

.....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr ..... Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w .....

z dnia ..... stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona**

**w** .....  
(adres praktyki)

**przez lekarza/lekarza dentystę**

**Panią/Pana** .....

członka .....

(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....  
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie .....

**WYKONYWANA**

**w dziedzinie** .....

miejsce wykonywania praktyki — adres(y) .....

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**w dziedzinie** .....

miejsce wykonywania praktyki — adres(y) .....

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**w dziedzinie** .....

miejsce wykonywania praktyki — adres(y) .....

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**została wpisana do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr** .....

pieczęć okrągła

.....  
(Sekretarz  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej)

.....  
(Przewodniczący  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej)

## WZÓR

**Zaświadczenie  
o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich**

.....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr ..... Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w .....

z dnia ..... stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona**

w .....  
(adres praktyki)

**przez lekarza/lekarza dentystę**

**Panią/Pana** .....

członka .....

(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....  
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia /tytuł specjalisty w dziedzinie .....

**WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**

**w dziedzinie** .....

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) — adres(y)

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**w dziedzinie** .....

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) — adres(y)

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**w dziedzinie** .....

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) — adres(y)

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**została wpisana do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr** .....



.....  
(Sekretarz  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej)

.....  
(Przewodniczący  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej)

## WZÓR

**Zaświadczenie  
o wpisie do rejestru grupowych praktyk lekarskich**

.....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr ..... Okręgowej Rady Lekarskiej / Wojskowej Rady Lekarskiej w .....

z dnia ..... stwierdza się, że **grupowa praktyka lekarska**

**w** .....  
(adres grupowej praktyki)

**prowadzona przez lekarzy/lekarzy dentystów wspólników spółki cywilnej**

1. **Panią/Pana** .....

członka .....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....  
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie .....

2. **Panią/Pana** .....

członka .....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....  
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie .....

3. **Panią/Pana** .....

członka .....  
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....  
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie .....

**W RAMACH KTÓREJ UDZIELANE SĄ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE**

**w zakresie** .....

miejsce wykonywania praktyki — adres(y) .....

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**w zakresie** .....

miejsce wykonywania praktyki — adres(y) .....

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**w zakresie** .....

miejsce wykonywania praktyki — adres(y) .....

.....  
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

**została wpisana do rejestru grupowych praktyk lekarskich pod nr** .....



.....  
(Sekretarz  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej)

.....  
(Przewodniczący  
Okręgowej/Wojskowej  
Rady Lekarskiej)



## WYKAZ NUMERÓW KODOWYCH OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH

- 50 — Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku
- 51 — Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej
- 52 — Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy
- 53 — Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
- 54 — Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim
- 55 — Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach
- 56 — Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach
- 57 — Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
- 58 — Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie
- 59 — Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
- 60 — Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie
- 61 — Okręgowa Izba Lekarska w Opolu
- 62 — Okręgowa Izba Lekarska w Płocku
- 63 — Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
- 64 — Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie
- 65 — Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
- 66 — Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie
- 67 — Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu
- 68 — Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
- 69 — Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
- 70 — Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze
- 72 — Wojskowa Izba Lekarska
- 74 — Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
- 75 — Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie