

4. DANE EWIDENCYJNE

imię i nazwisko

posiadam tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

INFORMACJE DOTYCZĄCE

..... WM? CBMK 5 B9 > 'K 'DCA -9 GN7 N9 B-4
 fK ; 5 6 -B97 -9Ł

18.a2) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)



kod praktyki

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

19.a2) DANE DOTYCZĄCE ZMIANY ADRESU MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM POMIESZCZENIU (GABINECIE)



kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy [][] - [][][][]

miescowość

telefon

faks

e-mail

12 adres strony internetowej

19.a2) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W DOTYCHCZASOWYM POMIESZCZENIU (GABINECIE) - ADRES POMIESZCZENIA



kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy [][] - [][][][]

miescowość

telefon

faks

e-mail

12 adres strony internetowej

KOLEJNE MIEJSCE I 8 N9 @ B-5 ' K -5 8 7 N9 ' N8 FCK CHBM7 < 'K 'F5 A 5 7 < 'DF5 ? HM? =
 K M? CBMK 5 B9 > 'K 'DCA -9 GN7 N9 B-4 ' ! 'K 'DFN9 8 G= 6 -CFGHK -9 'DC8 A -CHI ' @ 7 NB-7 N9 ; C

18.a3) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH UDZIELANYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO



kod praktyki

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**19.a3) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

kod praktyki

--	--

**nazwa przedsiębiorstwa
podmiotu leczniczego**

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--

miejsowość

telefon

faks / e-mail

**19.a3) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH
INDYWIDUALNEJ/SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ W DOTYCHCZASOWYM
PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – ADRES PRZEDSIĘBIORSTWA**

kod praktyki

--	--

**nazwa przedsiębiorstwa
podmiotu leczniczego**

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--

miejsowość

telefon

faks / e-mail

**INFORMACJE 8 CHM7 N 79 DF5 ? HM? =
WYKONYWANEJ**

WYŁĄCZNIE W PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO

**18.c1) DANE DOTYCZĄCE RODZAJU I ZAKRESU PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
UDZIELANYCH W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

kod praktyki

--	--

diagnostycznych

lecznicych

rehabilitacyjnych

orzeczniczych

**19.c1) ADRES MIEJSCA UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
W KOLEJNYM PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO**

kod praktyki

--	--

**nazwa przedsiębiorstwa
podmiotu leczniczego**

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--

miejsowość

telefon

faks / e-mail

**19.c1) INFORMACJA O ZAPRZESTANIU UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W DOTYCHCZASOWYM
PRZEDSIĘBIORSTWIE PODMIOTU LECZNICZEGO – ADRES PRZEDSIĘBIORSTWA**

kod praktyki

--	--

**nazwa przedsiębiorstwa
podmiotu leczniczego**

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy

--	--	--	--	--	--	--	--

miejsowość

telefon

faks / e-mail