

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

C-1

(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 (str. 8 Prawa Wyk. Zaw.)

--

6. NUMER PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

numer

**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.

MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie jednej z wymienionych praktyk lekarskich

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy -

miejsowość

telefon

faks / e-mail

Adres miejsca przechowywania i udostępniania dokumentacji medycznej prowadzonej w ramach zakończonej działalności leczniczej w formie jednej z wymienionych praktyk lekarskich

kod praktyki

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu/nr lokalu

kod pocztowy -

miejsowość

telefon

faks / e-mail

data

podpis lekarza składającego wniosek

OŚWIADCZAM, ŻE:

- 1) dane zawarte we wniosku o zmianę wpisu do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności leczniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określonym w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. Nr 112, poz. 654) ze zmianami,

Adres wnioskodawcy

województwo

powiat

gmina/dzielnica

ulica i nr domu / nr lokalu

kod pocztowy

miejsowość

telefon

fax/e-mail

miejsce, data

imię, nazwisko i podpis wnioskodawcy