

NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru
NR	Nazwisko i imiona	
	Członek OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w	<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"/> numer rejestru

Data	Podpis przedstawiciela spółki
------	-------------------------------

CZĘŚĆ B* NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI

- DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELONYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W TYM POMIESZCZENIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELONYCH PRZEZ WSPÓLNIKA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI WYKONYWANEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

NR AKT	
DATA PRZYJĘCIA	

DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA

Nazwisko i imiona	
<input type="checkbox"/> LEKARZ	<input type="checkbox"/> LEKARZ DENTYSTA
Numer prawa wykonywania zawodu	<input type="checkbox"/> nieograniczone <input type="checkbox"/> ważne do dnia <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>
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 / WOJSKOWĄ RADĘ LEKARSKĄ

Data i podpis

MIEJSCE UDZIELENIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu / lokalu		Kod pocztowy <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks

ZAKRES I RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)

Dziedzina medycyny
Dziedzina medycyny
Dziedzina medycyny

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

<input type="checkbox"/> Opinia organu sanitarnego <input type="checkbox"/> Potwierdzające prawo spółki do korzystania z pomieszczenia	<input type="checkbox"/> Umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji <input type="checkbox"/> Inne
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

* Część B wniosku wypełnia wnioskodawca odrębnie dla każdego wspólnika oraz pomieszczenia w którym lekarz, lekarz stomatolog, wspólnik spółki będzie udzielał świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej

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 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> – <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
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 <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/> – <input style="width: 30px;" type="text"/> <input style="width: 30px;" type="text"/>
Miejscowość	Telefon	Faks	
*Wypełnia wnioskodawca w odniesieniu do lekarza, lekarza dentystry, wspólnika spółki, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania			

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

**OPINIA ORGANU SANITARNEGO O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIAJĄCYCH
UDZIELENIE OKREŚLONYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH**

Nazwa organu

Data – –

SPRAWOZDANIE ZESPOŁU WIZYTACYJNEGO

Zespół wizytacyjny powołany uchwałą nr		ORL 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			
<input type="checkbox"/>	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		
<input type="checkbox"/>	Zespół stwierdza rozbieżność następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym		
Opinia zespołu o możliwości udzielania deklarowanych 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 RADA LEKARSKA

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ

<input type="checkbox"/>	Numer uchwały ORL		z dnia																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej w miejscu wezwania																							
	w zakresie																							
	przez lekarzy / lekarzy dentystów wpisanych na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej																							
<input type="checkbox"/>	I wpisano praktykę do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich 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> <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>																					
	Nie udzielono zezwolenia na wykonywanie indywidualnej praktyki lekarskiej (uzasadnienie w załączniku)																							
Data		Podpis i pieczęć																						

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYKI Z REJESTRU

Uchwałą ORL nr		z dnia	
cofnięto zezwolenie oraz skreślono z rejestru grupowych praktyk lekarskich praktykę prowadzoną			
Przez lekarzy/lekarzy dentystów wpisanych na listę wspólników spółki cywilnej			
zarejestrowaną pod numerem	<input type="text"/>	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"/>	niespełnieniem wymogów art. 50 ust. 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		