

....., dnia.....

**FORMULARZ
ZGŁOSZENIA PODJĘCIA/ZAKOŃCZENIA
DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ JEDNOSTKI SŁUŻBY MEDYCyny PRACY
BĘDĄCEJ ZAKŁADEM OPIEKI ZDROWOTNEJ.**

1. Nazwa pjsmp (pieczęć):

.....
.....

2. Adres pjsmp:

.....
.....

3. Podmiot, który utworzył zakład opieki zdrowotnej:

.....
.....
.....

4. Data podjęcia / zakończenia działalności:

.....
.....

Podpis i pieczęć kierownika jednostki

.....

Do zgłoszenia należy dołączyć aktualne dokumenty (kopie):

- decyzja o wpisie do rejestru ZOZ, prowadzonego przez wojewodę,
- statut,
- wypis z KRS (w odniesieniu do podmiotów podlegających rejestracji w KRS),
lub
- zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej – w odniesieniu do osób fizycznych prowadzących działalność jednoosobowo oraz osób prowadzących działalność w formie spółek prawa cywilnego.

Uwaga – zgodność kopii z oryginałem powinna być potwierdzona.

Podstawa prawna:

*Podstawa prawna : Ustawa o zmianie ustawy o służbie medycyny pracy z dnia 17 października 2008r.
(Dz .U. Nr 220 poz. 1416).*

Żadna część niniejszego dokumentu nie może być przedrukowywana ani kopiowana jakąkolwiek techniką bez pisemnej zgody Dyrektora