

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

**FORMULARZ  
ZGŁOSZENIA PODJĘCIA/ZAKOŃCZENIA  
DZIAŁALNOŚCI LEKARZA, PIELEŃNIARKI, PSYCHOLOGA WYKONUJĄCEGO  
ZADANIA Z ZAKRESU PROFILAKTYCZNEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ  
W PODSTAWOWEJ JEDNOSTCE SŁUŻBY MEDYCYNY PRACY BĘDĄCEJ  
ZAKŁADEM OPIEKI ZDROWOTNEJ.**

1. Nazwa i adres zakładu (pieczęć):

.....  
.....

2. Organ, który utworzył zakład opieki zdrowotnej:

.....  
.....

3. Imię, nazwisko i adres lekarza, pielęgniarki, psychologa, numer prawa wykonywania zawodu (lub inny dokument potwierdzający prawo wykonywania zawodu – dot. psychologa), posiadane kwalifikacje i numer z rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne (pielęgniarek posiadających dodatkowe kwalifikacje do wykonywania zadań służby medycyny pracy).

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

4. Data podjęcia/zakończenia działalności:\*

.....

Podpis i pieczęć osoby dokonującej zgłoszenia

.....

-verte-

**W przypadku zgłoszenia nowej 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:**

( na podst. Ustawy o służbie medycyny pracy – Dz. U. Nr 96, poz. 593 z dn. 27 czerwca 1997r. z późniejszymi zmianami oraz Rozp. Min. Zdr. Z dn. 30 sierpnia 2001r. – Dz. U. Nr 97, poz1064.)

**Legenda:**

\* niepotrzebne skreślić