

....., dnia

**FORMULARZ
ZGŁOSZENIA PODJĘCIA/ZAKOŃCZENIA
DZIAŁALNOŚCI PODSTAWOWEJ JEDNOSTKI SŁUŻBY MEDYCYNY PRACY
BĘDĄCEJ INDYWIDUALNĄ / GRUPOWĄ PRAKTYKĄ LEKARSKĄ ORAZ LEKARZA
W NIEJ PRAKTYKUJĄCEGO.**

1. Nazwa i adres miejsca wykonywania praktyki (pieczęć jednostki):

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

2. Imię, nazwisko i adres lekarza:

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

3. Numer prawa wykonywania zawodu:

.....

4. Numer z rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne (lekarze zarejestrowani w innych WOMP – kopia zaświadczenia o wpisie do rejestru):

.....

5. Data podjęcia/zakończenia działalności: *

.....

Podpis i pieczęć osoby dokonującej zgłoszenia

.....

Do zgłoszenia należy dołączyć aktualne dokumenty (kopie):

- zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich,
- zaświadczenia o wpisie do ewidencji działalności gospodarczej.

Uwaga – zgodność kopii z oryginałem powinna być potwierdzona.

Legenda:

* Niepotrzebne skreślić

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.)

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