

409

ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA¹⁾

z dnia 20 marca 2007 r.

w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich

Na podstawie art. 50b ust. 7 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 oraz z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy tryb postępowania w sprawach wpisu do rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich;
- 2) wzory wniosku o wpis do rejestru:
 - a) indywidualnych praktyk lekarskich, stanowiący załącznik nr 1 do rozporządzenia,
 - b) indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, stanowiący załącznik nr 2 do rozporządzenia,
 - c) grupowych praktyk lekarskich, stanowiący załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 3) wzory zaświadczeń o wpisie do rejestru:
 - a) indywidualnych praktyk lekarskich, stanowiące załączniki nr 4 i 5 do rozporządzenia,
 - b) indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, stanowiące załączniki nr 6 i 7 do rozporządzenia,
 - c) grupowych praktyk lekarskich, stanowiący załącznik nr 8 do rozporządzenia;
- 4) sposób prowadzenia rejestrów indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich.

§ 2. 1. Lekarz, który zamierza wykonywać indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską w kilku dziedzinach medycyny, składa jeden wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. b.

2. Lekarze posiadający tytuł specjalisty lub specjalizację I lub II stopnia, którzy zamierzają udzielać świadczeń zdrowotnych w różnych dziedzinach medycyny w ramach grupowej praktyki lekarskiej, składają jeden wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 2 lit. c.

3. Lekarz, lekarze, którzy zamierzają wykonywać równocześnie indywidualną praktykę lekarską i indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską i udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej w celu uzyskania wpisów do odpowiednich rejestrów, składają odrębne wnioski dla każdej z praktyk.

4. Lekarz, lekarze, którzy zamierzają wykonywać indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską lub udzielać świadczeń zdrowotnych w ramach grupowej praktyki lekarskiej w kilku pomieszczeniach, mają obowiązek przedstawić dane o każdym z tych pomieszczeń, jego wyposażeniu w aparaturę, produkty lecznicze, wyroby medyczne i sprzęt medyczny oraz odrębną opinię, o której mowa w art. 50 ust. 9 pkt 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zwanej dalej „ustawą”.

§ 3. Okręgowa rada lekarska w terminie 30 dni od dnia złożenia wniosku o wpis do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, grupowych praktyk lekarskich, wraz z dokumentami, o których mowa w art. 50 ust. 9 i 10 lub art. 50 a ust. 5 i 6 ustawy, deleguje zespół wizytacyjny składający się z lekarzy, z których co najmniej jeden powinien posiadać specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie medycyny odpowiedniej do dziedziny, w której ma być wykonywana praktyka, w celu dokonania oceny pomieszczeń, urządzeń, sprzętu medycznego oraz aparatury medycznej i sporządzenia opinii w przedmiocie możliwości udzielania deklарowanych przez lekarza, lekarzy świadczeń zdrowotnych, zgodnie ze wskazaniami aktualnej wiedzy medycznej, dostępnymi mu metodami i środkami zapobiegania, rozpoznawania i leczenia chorób, zgodnie z zasadami etyki zawodowej oraz z należytą starannością.

§ 4. 1. W przypadku grupowej praktyki lekarskiej zaświadczenie o wpisie do rejestru grupowych praktyk lekarskich okręgowa rada lekarska wydaje każdemu lekarzowi będącemu współnikiem spółki.

2. W sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 1, okręgowa rada lekarska wydaje lekarzowi jedno zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej obejmujące deklарowane dziedziny medycyny.

3. W sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 2, okręgowa rada lekarska wydaje każdemu lekarzowi zaświadczenie o wpisie do rejestru grupowych praktyk lekarskich z wpisem określającym lekarzy udzielających

¹⁾ Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

świadczeń zdrowotnych w ramach tej praktyki oraz dziedziny medycyny, w których będą oni udzielali świadczeń zdrowotnych.

4. W sytuacji, o której mowa w § 2 ust. 3, okręgowa rada lekarska wydaje lekarzowi albo lekarzom zaświadczenia o wpisie do rejestru odrębnie dla indywidualnej praktyki lekarskiej, dla indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej i dla grupowej praktyki lekarskiej.

§ 5. W przypadku gdy lekarz ma zamiar wykonywać indywidualną praktykę lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo co najmniej jeden z lekarzy wykonujących zawód w ramach grupowej praktyki lekarskiej ma zamiar udzielać świadczeń zdrowotnych w innej dziedzinie medycyny niż wpisana do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, grupowych praktyk lekarskich, składa odpowiedni wniosek, o którym mowa w § 1 pkt 2.

§ 6. Numer wpisu praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich, grupowych praktyk lekarskich, o którym mowa w art. 50b ust. 5 pkt 1 ustawy, składa się z ciągu kolejnych znaków:

- 1) dwucyfrowego numeru kodowego okręgowej izby lekarskiej, która prowadzi rejestr, określonego w załączniku nr 9 do rozporządzenia;
- 2) dwucyfrowego oznaczenia praktyki:
 - 97 — dla grupowej praktyki lekarskiej,
 - 98 — dla indywidualnej praktyki lekarskiej,
 - 99 — dla indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej;
- 3) jednocyfrowego oznaczenia zawodu lekarza, lekarza dentystry:
 - 1 — dla praktyki wykonywanej przez lekarza lub prowadzonej przez lekarzy,
 - 2 — dla praktyki wykonywanej przez lekarza dentystę lub prowadzonej przez lekarzy dentystów;
- 4) siedmiocyfrowego numeru prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry albo sześciocyfrowego kolejnego numeru wpisu do rejestru grupowych praktyk lekarskich w przypadku grupowej praktyki lekarskiej.

§ 7. W zakresie oznaczenia rodzaju praktyki dokonuje się następującego wpisu:

- 1) „praktyka ogólnolekarska” lub „praktyka ogólnostomatologiczna” — w odniesieniu do lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską albo lekarzy udzielających świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej, nieposiadających specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty;
- 2) „praktyka — specjalistyczna w dziedzinie” — w odniesieniu do lekarza wykonującego indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo lekarzy udzielających świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej, posiadających specjalizację I lub II stopnia lub tytuł specjalisty;
- 3) „praktyka w miejscu wezwania” — w odniesieniu do lekarza wykonującego indywidualną praktykę lekarską, indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską albo lekarzy udzielających świadczeń w ramach grupowej praktyki lekarskiej, wyłącznie w miejscu wezwania.

§ 8. 1. Dane zawarte w rejestrze indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej muszą być zgodne z danymi zawartymi w okręgowym rejestrze lekarzy.

2. Rejestry indywidualnej praktyki lekarskiej, indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, grupowej praktyki lekarskiej prowadzi się w sposób zapewniający bezpieczeństwo przechowywania danych i możliwość ich udostępniania.

§ 9. Przepisy rozporządzenia dotyczące okręgowej rady lekarskiej stosuje się do Wojskowej Rady Lekarskiej.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.²⁾

Minister Zdrowia: *Z. Religa*

²⁾ Niniejsze rozporządzenie było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 marca 2000 r. w sprawie szczegółowych zasad i trybu postępowania w sprawach wydawania zezwoleń i wpisu do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich, indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich i grupowych praktyk lekarskich oraz ustalenia danych objętych wpisem i sposobu prowadzenia rejestrów (Dz. U. Nr 30, poz. 378), które utraciło moc z dniem 22 lutego 2005 r. na podstawie art. 85 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. — Przepisy wprowadzające ustawę o swobodzie działalności gospodarczej (Dz. U. Nr 173, poz. 1808 oraz z 2006 r. Nr 225, poz. 1636).

KSEROKOPIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

(strony zawierające dane osobowe, potwierdzenie wpisu do rejestru Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej,
posiadanych specjalizacji i umiejętności medycznych)

LUB POTWIERDZENIE DANYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ/WOJSKOWĄ RADĘ LEKARSKĄ

CZĘŚĆ B* NR

(ciemnozielony – PANTONE 7482 U)

- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE, WYROBY MEDYCZNE, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA I ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

WYPELNIŁ WNIOSKODAWCA	
*Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna praktyka lekarska.	
nr akt	
data przyjęcia	

nazwisko i imiona

ADRES PRAKTYKI/MIEJSCE WYKONYWANIA PRAKTYKI

województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks/e-mail	

RODZAJ PRZEWDYMYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH
(DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)

diagnostycznych

lecniczych

rehabilitacyjnych

data

podpis

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 I SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ *

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
mięscowość	telefon	sposób przyjmowania wezwań

MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI *

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input style="width: 20px;" type="text"/> - <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/> <input style="width: 20px;" type="text"/>
mięscowość	telefon	faks

* Wypełnia lekarz, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania.

CZĘŚĆ C
WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ RADY LEKARSKIEJ W.....

	Numer uchwały ORL/WRL		z dnia																					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> o wpisie praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich																							
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> o wpisie praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich wyłącznie w miejscu wezwania																							
	prowadzonej przez Panią/Pana																							
	wpisano praktykę do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich		pod nr	<table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> <td style="width: 15px; height: 15px;"></td> </tr> </table>																				
<input type="checkbox"/>	nie wpisano praktyki do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich <i>(uzasadnienie w załączeniu)</i>																							
data		podpis																						

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

--

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYK Z REJESTRU

Nr uchwały ORL/WRL		z dnia	
Skreślono z rejestru indywidualnych praktyk lekarskich praktykę wykonywaną			
przez Panią/Pana			
zarejestrowaną pod nr	<input type="text"/>	w związku:	
<input type="checkbox"/>	z pozbawieniem lekarza prawa wykonywania zawodu	z dnia	
<input type="checkbox"/>	z zawieszeniem lekarza w prawie wykonywania zawodu	z dnia	
<input type="checkbox"/>	z niespełnieniem warunków wykonywania działalności, o których mowa w art. 50 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry	z dniem	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem przez lekarza oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki lekarskiej	w dniu	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem wniosku przez lekarza o skreślenie z rejestru praktyki lekarskiej	w dniu	
<input type="checkbox"/>	z upływem terminu ważności wpisu	w dniu	
<input type="checkbox"/>	ze zrzeczeniem się przez lekarza prawa wykonywania zawodu	z dnia	
<input type="checkbox"/>	ze skreśleniem lekarza z listy członków izby z przyczyn określonych w art. 13 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.)	z dnia	
data	podpis i pieczęć		

KSEROKOPIA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

(strony zawierające dane osobowe, potwierdzenie wpisu do rejestru Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej,
posiadanych specjalizacji i umiejętności medycznych)

LUB POTWIERDZENIE DANYCH PRZEZ OKRĘGOWĄ/WOJSKOWĄ RADĘ LEKARSKĄ

(jasnozielony – PANTONE 7478 U)

CZĘŚĆ B* NR

- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE I WYROBY MEDYCZNE, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ
- DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA I ŚRODKÓW ŁĄCZNOŚCI, MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI I SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI, RODZAJU UDZIELANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH INDYWIDUALNEJ SPECJALISTYCZNEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA
 * Część B wniosku należy wypełnić odrębnie dla każdego pomieszczenia, w którym będzie wykonywana indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska.

nr akt	
data przyjęcia	

nazwisko i imiona

ADRES PRAKTYKI/MIEJSCE WYKONYWANIA PRAKTYKI

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
miescowosc	telefon	faks/e-mail

RODZAJ PRZEWIDYWANYCH ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH (DIAGNOSTYCZNYCH, LECZNICZYCH, REHABILITACYJNYCH)

diagnostycznych

lecznicznych

rehabilitacyjnych

data

podpis

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 I SPOSÓB PRZYJMOWANIA WEZWAŃ *			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy -
miejscowość	telefon	sposób przyjmowania wezwań	
MIEJSCE PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI, PRODUKTÓW LECZNICZYCH, NARZĘDZI, SPRZĘTU MEDYCZNEGO WYMAGAJĄCEGO STERYLIZACJI *			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy -
miejscowość	telefon	faks	
* Wypełnia lekarz, który będzie udzielał świadczeń zdrowotnych wyłącznie w miejscu wezwania.			

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

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

nazwa organu

data

□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□	□
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

SPRAWOZDANIE ZESPOŁU WIZYTACYJNEGO

Zespół wizytacyjny powołany uchwałą nr		ORL/WRL z dnia	
w składzie			
przeprowadził w dniu		wizytację pomieszczenia	
i dokonał oceny pomieszczenia, urządzeń, produktów leczniczych, wyrobów medycznych, sprzętu i aparatury medycznej/środków łączności, miejsca przechowywania dokumentacji medycznej, produktów leczniczych, narzędzi i sprzętu medycznego wymagającego sterylizacji.			
<input type="checkbox"/>	Zespół potwierdza dane złożone we wniosku zgodnie z art. 50 ust. 4 pkt 3, ust. 5 pkt 2, ust. 8 pkt 4 i ust. 9 pkt 1, 3 i 4 lub art. 50 ust. 5 pkt 2, ust. 6 pkt 2 i 3, ust. 8 pkt 5, ust. 9 pkt 2 i 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.		
<input type="checkbox"/>	Zespół stwierdza rozbieżności następujących danych złożonych we wniosku ze stanem faktycznym.		
Opinia zespołu o możliwości udzielenia deklarowanych świadczeń zdrowotnych w ramach indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej z zachowaniem zasad określonych w art. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty			
data	podpisy członków zespołu		

Uwagi

--

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

--

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYK Z REJESTRU

Nr uchwały ORL/WRL		z dnia	
Skreślono z rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich praktykę wykonywaną			
przez Panią/Pana			
zarejestrowaną pod nr	<input type="text"/>	w związku:	
<input type="checkbox"/>	z pozbawieniem lekarza prawa wykonywania zawodu	z dnia	
<input type="checkbox"/>	z zawieszeniem lekarza w prawie wykonywania zawodu	z dnia	
<input type="checkbox"/>	z niespełnieniem warunków wykonywania działalności, o których mowa w art. 50 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty	z dniem	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem przez lekarza oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki lekarskiej	w dniu	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem wniosku przez lekarza o skreślenie z rejestru praktyki lekarskiej	w dniu	
<input type="checkbox"/>	z upływem terminu ważności wpisu	w dniu	
<input type="checkbox"/>	ze zrzeczeniem się przez lekarza prawa wykonywania zawodu	z dnia	
<input type="checkbox"/>	ze skreśleniem lekarza z listy członków izby z przyczyn określonych w art. 13 pkt 1 ustawy z dnia 17 maja 1989 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 30, poz. 158, z późn. zm.)	z dnia	
data	podpis i pieczęć		

WZÓR

(żółty – PANTONE 012 U)

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU GRUPOWYCH PRAKTYK LEKARSKICH

(nazwa i siedziba Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

CZĘŚĆ A WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA	<input type="checkbox"/> PRAKTYKI W FORMIE SPÓŁKI CYWILNEJ	nr akt	
	<input type="checkbox"/> PRAKTYKI W FORMIE SPÓŁKI PARTNERSKIEJ	data przyjęcia	
DANE EWIDENCYJNE			
GRUPOWA PRAKTYKA LEKARSKA		<input type="checkbox"/> LEKARZY	<input type="checkbox"/> LEKARZY DENTYSTÓW
reprezentowanych przez – nazwisko i imiona przedstawiciela spółki:			
umowa spółki prawa cywilnego z dnia /odpis wpisu do księgi rejestru sądowego spółki partnerskiej (w załączeniu)			
OŚWIADCZENIE			
Oświadczam, że dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru grupowych praktyk lekarskich są kompletne i zgodne z prawdą oraz że znane mi są i spełniam warunki prowadzenia działalności gospodarczej w zakresie grupowej praktyki lekarskiej określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.).			
data		imię i nazwisko, funkcja i podpis przedstawiciela spółki	
ADRES GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ			
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu			kod pocztowy []-[]
miejsowość	telefon	faks / e-mail	
LISTA WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI ORAZ MIEJSCA STAŁEGO ZAMIESZKANIA			
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w			numer rejestru []-[]-[]
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy []-[]
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w			numer rejestru []-[]-[]
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy []-[]
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w			numer rejestru []-[]-[]
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy []-[]
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w			numer rejestru []-[]-[]
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy []-[]

NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w		numer rejestru	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w		numer rejestru	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w		numer rejestru	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w		numer rejestru	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w		numer rejestru	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w		numer rejestru	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy
NR	nazwisko i imiona		
członek Okręgowej/Wojskowej Izby Lekarskiej w		numer rejestru	
województwo	powiat	gmina/dzielnica	
ulica i nr domu/nr lokalu		miejsowość	kod pocztowy
miejsce/data		podpis przedstawiciela spółki	

(oliwkowy – PANTONE 124 U)

CZĘŚĆ B* NR NA LIŚCIE WSPÓLNIKÓW SPÓŁKI DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA DANE DOTYCZĄCE POMIESZCZENIA, WYPOSAŻENIA W URZĄDZENIA, PRODUKTY LECZNICZE I WYROBY MEDYCZNE, SPRZĘT I APARATURĘ MEDYCZNĄ, RODZAJU UDZIELANYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W TYM POMIESZCZENIU ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

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

nr akt

data przyjęcia

DANE EWIDENCYJNE WSPÓLNIKA

nazwisko i imiona

Posiadam tytuł

 LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

prawo wykonywania zawodu nr

 nieograniczone ważne do dnia

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

podpis

MIEJSCE UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ WSPÓLNIKA W RAMACH GRUPOWEJ PRAKTYKI LEKARSKIEJ

województwo	powiat	gmina/dzielnica
ulica i nr domu/nr lokalu		kod pocztowy <input type="text"/>
miejsowość	telefon	faks/e-mail

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

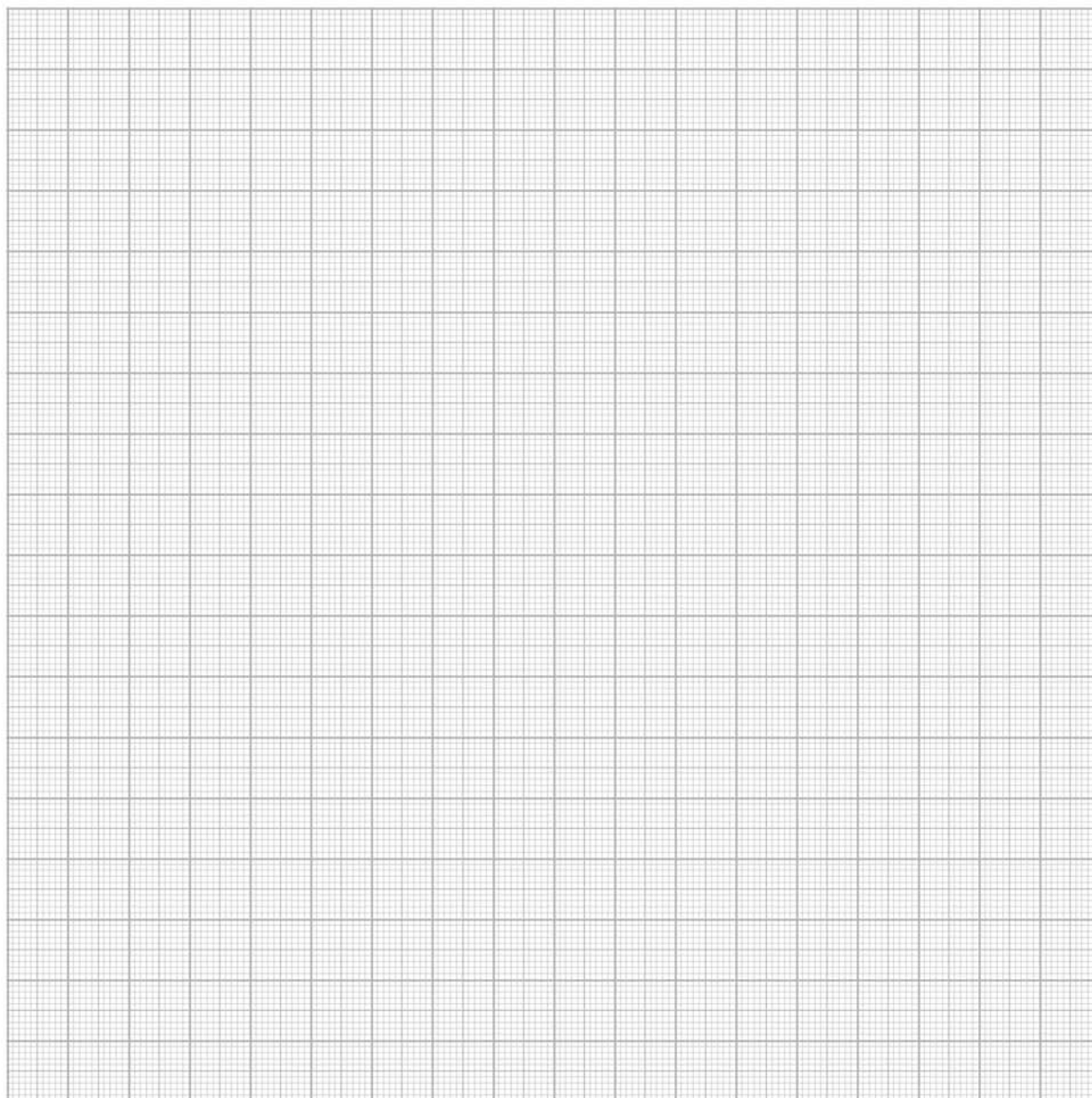
dziedzina medycyny	
dziedzina medycyny	
dziedzina medycyny	
dziedzina medycyny	
dziedzina medycyny	

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.

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- opinia organu sanitarnego
- potwierdzające prawo spółki do korzystania z pomieszczenia
- umowa z podmiotem świadczącym usługi w zakresie sterylizacji

inne:

CZĘŚĆ C
WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

UCHWAŁA OKRĘGOWEJ/WOJSKOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

<input type="checkbox"/>	Numer uchwały ORL/WRL		z dnia																				
<input type="checkbox"/> o wpisie praktyki do rejestru grupowych praktyk lekarskich																							
prowadzonej w zakresie																							
przez lekarzy/lekarzy dentyistów wpisanych na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej/partnerskiej																							
wpisano praktykę do rejestru grupowych praktyk lekarskich																							
				pod nr																			
				<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td><td style="width: 15px;"></td> </tr> </table>																			
<input type="checkbox"/> nie wpisano praktyki do rejestru grupowych praktyk lekarskich <i>(uzasadnienie w załączeniu)</i>																							
data			podpis i pieczęć																				

DANE DOTYCZĄCE ZMIAN W PROWADZONEJ PRAKTYCE

--

WYPEŁNIA OKRĘGOWA/WOJSKOWA RADA LEKARSKA

ADNOTACJE O PRZEPROWADZONYCH WIZYTACJACH PRAKTYKI

--

ADNOTACJE O SKREŚLENIU PRAKTYK Z REJESTRU

Nr uchwały ORL/WRL		z dnia	
Skreślono z rejestru grupowych praktyk lekarskich praktykę prowadzoną przez lekarzy/lekarzy dentyistów wpisanych na przedstawioną listę wspólników spółki cywilnej/partnerskiej			
zarejestrowaną pod nr	<input type="text"/>	w związku:	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania praktyki przez wspólnika spółki	w dniu	
<input type="checkbox"/>	z niespełnieniem wymogów prowadzenia grupowej praktyki lekarskiej określonych w art. 50a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty	z dniem	
<input type="checkbox"/>	ze złożeniem wniosku przez przedstawiciela spółki o skreślenie praktyki z rejestru grupowych praktyk lekarskich	z dniem	
data	podpis i pieczęć		

WZÓR


**Zaświadczenie
o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich**.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w

z dnia stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona****w**
(adres praktyki)**przez lekarza/lekarza dentystę****Panią/Pana**członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej).....
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)**WYKONYWANA**

miejsce wykonywania praktyki

— adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)**została wpisana do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich pod nr**pieczęć okrągła.....
(Sekretarz
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej).....
(Przewodniczący
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej)


WZÓR

**Zaświadczenie
o wpisie do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich**.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w

z dnia stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona****w**
(adres praktyki)**przez lekarza/lekarza dentystę****Panią/Pana**członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej).....
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)**WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA**

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) — adres(y)

.....
.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)**została wpisana do rejestru indywidualnych praktyk lekarskich pod nr**pieczęć okrągła.....
(Sekretarz
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej).....
(Przewodniczący
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej)

WZÓR

**Zaświadczenie
o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich**.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w

z dnia stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona****w**
(adres praktyki)**przez lekarza/lekarza dentystę****Panią/Pana**członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej).....
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

WYKONYWANA**w dziedzinie**


miejsce wykonywania praktyki — adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)**w dziedzinie**

miejsce wykonywania praktyki — adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)**w dziedzinie**

miejsce wykonywania praktyki — adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)**została wpisana do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr**
pieczęć okrągła.....
(Sekretarz
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej).....
(Przewodniczący
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej)

WZÓR

**Zaświadczenie
o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich**

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej/Wojskowej Rady Lekarskiej w

z dnia stwierdza się, że **indywidualna praktyka lekarska prowadzona**

w
(adres praktyki)

przez lekarza/lekarza dentystę

Panią/Pana

członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia /tytuł specjalisty w dziedzinie

WYKONYWANA WYŁĄCZNIE W MIEJSCU WEZWANIA

w dziedzinie

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) — adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w dziedzinie

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) — adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w dziedzinie

miejsce wykonywania praktyki (przyjmowania wezwań, przechowywania dokumentacji medycznej, przygotowywania do sterylizacji i przechowywania sprzętu medycznego) — adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

została wpisana do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich pod nr

pieczęć okrągła

.....
(Sekretarz
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej)

.....
(Przewodniczący
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej)

WZÓR

**Zaświadczenie
o wpisie do rejestru grupowych praktyk lekarskich**

.....
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

Na podstawie art. 50b ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) i uchwały nr Okręgowej Rady Lekarskiej / Wojskowej Rady Lekarskiej w

z dnia stwierdza się, że **grupowa praktyka lekarska**

w
(adres grupowej praktyki)

prowadzona przez lekarzy/lekarzy dentystrów wspólników spółki cywilnej

1. **Panią/Pana**

członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

2. **Panią/Pana**

członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

3. **Panią/Pana**

członka
(nazwa okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

.....
(nr rejestru okręgowej izby lekarskiej/Wojskowej Izby Lekarskiej)

posiadającą/-cego specjalizację I stopnia/II stopnia/tytuł specjalisty w dziedzinie

W RAMACH KTÓREJ UDZIELANE SĄ ŚWIADCZENIA ZDROWOTNE

w zakresie

miejsce wykonywania praktyki — adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w zakresie

miejsce wykonywania praktyki — adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

w zakresie

miejsce wykonywania praktyki — adres(y)

.....
(województwo, powiat, gmina, ulica, nr domu, nr lokalu, miejscowość, kod pocztowy)

została wpisana do rejestru grupowych praktyk lekarskich pod nr



.....
(Sekretarz
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej)

.....
(Przewodniczący
Okręgowej/Wojskowej
Rady Lekarskiej)

WYKAZ NUMERÓW KODOWYCH OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH

- 50 — Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku
- 51 — Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej
- 52 — Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy
- 53 — Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
- 54 — Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim
- 55 — Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach
- 56 — Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach
- 57 — Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
- 58 — Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie
- 59 — Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
- 60 — Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie
- 61 — Okręgowa Izba Lekarska w Opolu
- 62 — Okręgowa Izba Lekarska w Płocku
- 63 — Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
- 64 — Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie
- 65 — Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
- 66 — Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie
- 67 — Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu
- 68 — Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
- 69 — Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
- 70 — Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze
- 72 — Wojskowa Izba Lekarska
- 74 — Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
- 75 — Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie