

.....
miejsowość, data

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

Dyrektor/Dyrektor Oddziału w.....**
Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

Zgłaszam podjęcie*/zakończenie* **działalności podmiotu leczniczego** sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi - podstawa prawna: art 10 ustawy z dnia 27.06.1997r o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. 2004 Nr 125, poz.1317 z póź. zm.)

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego

.....
.....

2. Adres miejsca wykonywania badań profilaktycznych

.....
.....

3. Oznaczenie podmiotu, który utworzył podmiot leczniczy

.....
.....

4. Termin podjęcia*/zakończenia* działalności podmiotu leczniczego

.....

Zgłoszenia należy dokonać w ciągu **30 dni** od dnia podjęcia lub zakończenia działalności.

.....
pieczęć i podpis
kierownika podmiotu leczniczego

W załączeniu:

1. kserokopię Księgi Rejestrowej
2. zgłoszenie działalności lekarza
3. wpis do Krajowego Rejestru Sądowego
4. zaświadczenie o numerze REGON

* właściwe podkreślić

**Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy: ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław
Oddział Jelenia Góra: ul. Groszowa 1, 58-500 Jelenia Góra
Oddział Lubin: ul. Sienkiewicza 4, 59-300 Lubin
Oddział Wałbrzych: ul. B. Chrobrego 36, 58-300 Wałbrzych