

.....
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 **w formie indywidualnej praktyki lekarskiej/indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej /grupowej praktyki lekarskiej** - 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. Imię i nazwisko lekarza wykonującego zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi

.....
.....

4. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza.....

5. Termin podjęcia*/zakończenia* działalności podmiotu leczniczego

.....

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

.....
pieczęć i podpis lekarza

W załączeniu:

1. wpis do ewidencji działalności gospodarczej
2. zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
3. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu

* 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