

.....  
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: Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy ( Dz.U. z 2019r poz. 1175)

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.

**\* właściwe zaznaczyć**

.....  
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

\*\*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