

Ściąga do wniosku o wpis do rejestru podmiotów leczniczych

ŚCIAĞA DO ELEKTRONICZNEGO WNIOSKU O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW WYKONUJĄCYCH DZIAŁALNOŚĆ LECZNICZĄ

Uwaga: wniosek składa się wyłącznie w postaci elektronicznej, z kwalifikowanym podpisem elektronicznym albo podpisem zaufanym (§ 16 ust. 1 rozporządzenia Ministra Zdrowia z 29 marca 2019 r.).
Poniższe pola przepisujesz do formularza w systemie rejestru.
Ten dokument formularza nie zastępuje.

1. ORGAN PROWADZĄCY REJESTR (zaznacz jeden, art. 106 ust. 1 u.d.l.)

- ☐ Wojewoda [WOJEWÓDZTWO] - dla podmiotu leczniczego
- ☐ Okręgowa Rada Lekarska w [MIASTO] - praktyka lekarska
- ☐ Okręgowa Rada Pielęgniarek i Położnych w [MIASTO]
- ☐ Krajowa Rada Fizjoterapeutów
- ☐ Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych

2. DANE PODMIOTU LECZNICZEGO (art. 100 ust. 1 u.d.l.)

Imię i nazwisko albo firma: [NAZWA]
Adres siedziby albo miejsca zamieszkania: [ADRES]
Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych: [ADRES]
(przy działalności wyłącznie w miejscu wezwania: adres miejsca przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej)
Forma organizacyjno-prawna: [np. spółka z o.o. / fundacja / SPZOZ]
Rodzaj działalności leczniczej i zakres świadczeń: [OPISZ]
Nazwa zakładu leczniczego: [NAZWA ZAKŁADU]
UWAGA: nazwa zakładu leczniczego nie może być taka sama jak oznaczenie podmiotu leczniczego (art. 100 ust. 1a u.d.l.)
Wykaz jednostek i komórek organizacyjnych: [WYKAZ]
REGON: [NUMER] NIP: [NUMER]
Dane podmiotu tworzącego: [WYPEŁNIJ], jeżeli podmiot leczniczy nie jest przedsiębiorcą]

3. DANE PRAKTYKI ZAWODOWEJ (art. 101, 102, 102a albo 102b u.d.l.)

Imię i nazwisko: [IMIĘ I NAZWISKO]
Numer dokumentu poświadczającego prawo wykonywania zawodu: [NUMER]
Forma działalności leczniczej i zakres świadczeń: [OPISZ]
Adres miejsca udzielania świadczeń lub przyjmowania wezwań i przechowywania dokumentacji medycznej: [ADRES]
NIP: [NUMER] Adres do korespondencji: [ADRES]
Posiadane specjalizacje: [WYPEŁNIJ] - lekarz i pielęgniarka; przy fizjoterapeucie i diagnoście laboratoryjnym tej pozycji nie ma]
Praktyka grupowa: [LISTA LEKARZY WSPÓLNIKÓW ALBO PARTNERÓW,

osoba uprawniona do reprezentowania spółki i jej podpis]

4. OŚWIADCZENIE - BRZMIENIE USTAWOWE (art. 100 ust. 2 u.d.l.,
przepisz co do słowa, składasz je razem z wnioskiem)

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego
oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 ustawy z dnia
6 czerwca 1997 r. - Kodeks karny oświadczam, że:

- 1) dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów
wykonujących działalność leczniczą są kompletne i zgodne
z prawdą;
- 2) znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności
lecniczej w zakresie objętym składanym wnioskiem określone
w ustawie z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej;
- 3) nie prowadzę hurtowni farmaceutycznej, hurtowni
farmaceutycznej produktów leczniczych weterynaryjnych, apteki
ogólnodostępnej ani punktu aptecznego, a także nie wystąpiłem
z wnioskiem o wydanie zezwolenia na ich prowadzenie;
- 4) nie zajmuję się pośrednictwem w obrocie produktami leczniczymi
ani nie wystąpiłem z wnioskiem o wpis do rejestru, o którym
mowa w art. 73a ust. 3 ustawy z dnia 6 września 2001 r. -
Prawo farmaceutyczne.

Do oświadczenia dołącz (art. 100 ust. 3 u.d.l.): imię i nazwisko,
nazwę albo firmę wnioskodawcy z adresem, oznaczenie miejsca
i datę złożenia oraz podpis osoby uprawnionej do reprezentowania
wnioskodawcy, ze wskazaniem imienia, nazwiska i pełnionej funkcji.

5. PISMO, KTÓRE NAPRAWDĘ PISZE SIĘ SAMODZIELNIE:
ZAWIADOMIENIE Z ART. 104 UST. 2 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

[MIEJSCOWOŚĆ], [DATA]

[NAZWA ALBO IMIĘ I NAZWISKO WNIOSKODAWCY]
[ADRES], [TELEFON / E-MAIL]

[ORGAN PROWADZĄCY REJESTR - jak w punkcie 1]
[ADRES ORGANU]

ZAWIADOMIENIE O ROZPOCZĘCIU DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ
NA PODSTAWIE ART. 104 UST. 2 USTAWY O DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ

W dniu [DATA WPŁYWU] złożyłem wniosek o wpis do rejestru
podmiotów wykonujących działalność leczniczą wraz z oświadczeniem,

o którym mowa w art. 100 ust. 2 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej. Do dnia dzisiejszego wpis nie został
dokonany, a od dnia wpływu wniosku upłynęło [LICZBA] dni.

Na podstawie art. 104 ust. 2 tej ustawy zawiadamiam, że
z dniem [DATA] rozpoczynam wykonywanie działalności leczniczej
w zakresie objętym wnioskiem, w miejscu: [ADRES].

[PODPIS]