

.....
Pieczęć indywidualnej / specjalistycznej praktyki lekarskiej /
grupowej praktyki lekarskiej

.....
Miejscowość, data

**Mazowiecki Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy
Płock, ul Kolejna 17*
Oddział w Warszawie, Al. Wojska Polskiego 25*
Oddział w Radomiu, ul Rodziny Wilczewskich 5***

Zgłaszam podjęcie*/zakończenie * działalności lekarza

w formie indywidualnej / specjalistycznej praktyki lekarskiej* lub grupowej praktyki lekarskiej*.
Podstawa prawna: art.10 Ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy (tj. Dz. U. z 2019r.,
poz.1175 ze zm.).

I. Nazwa indywidualnej / specjalistycznej praktyki lekarskiej / grupowej praktyki lekarskiej*
.....

II. Adres miejsca wykonywania praktyki lekarskiej
.....

III. Imię i Nazwisko lekarza/lekarzy wykonującego(ych) zadania z zakresu służby medycyny pracy
.....
.....

IV. Numer/numery prawa wykonywania zawodu
.....
.....

V. Informacje o dodatkowych kwalifikacjach do przeprowadzania badań profilaktycznych
.....
.....

VI. Data rozpoczęcia */zakończenia* działalności lekarza/lekarzy
.....

* właściwe podkreślić

.....
Pieczęć i podpis lekarza

Niezbędne kserokopie dokumentów:

- wydruk z CEIDG - spisu przedsiębiorców będących osobami fizycznymi.
- zaświadczenie o dodatkowych kwalifikacjach

Kserokopie muszą zawierać na każdej stronie „za zgodność z oryginałem”, datę oraz czytelny podpis lub pieczętka imienna..
Powyższa informacja podlega regulacji prawnej przepisom Ustawy z dnia 6 września 2001r. o dostępie do informacji publicznej
(Dz. U. z 2019r., poz. 1429 ze zm.)