

.....
Imię i nazwisko lekarza

.....
Miejscowość i data

.....
Telefon

**PAŃSTWOWY POWIATOWY
INSPEKTOR SANITARNY
W DĄBROWIE GÓRNICZEJ**

WNIOSEK nr/EP

Zwracam się z prośbą o wydanie decyzji potwierdzającej spełnienie wymagań art.22 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz.U.Nr 112 poz.654)

Obiekt nowy, istniejący – zmiana właściciela , rozszerzenie działalności *.

1. Forma działalności leczniczej oraz zakres udzielanych świadczeń zdrowotnych

.....
.....
.....

2. Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych

.....

3. Numer dokumentu poświadczającego prawo wykonywania zawodu lekarza

.....

4. Numer Identyfikacji Podatkowej (NIP).....

5. Adres do korespondencji.....

6. Posiadane specjalizacje.....

7. Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej.....

8. W przypadku grupowej praktyki lekarskiej lista lekarzy wspólników lub partnerów spółki ze wskazaniem imion i nazwisk, miejsc zamieszkania

.....

9. W przypadku grupowej praktyki lekarskiej – imię i nazwisko, funkcja osoby do reprezentowania spółki

.....

.....
Podpis – pieczęć

* - niepotrzebne skreślić