

Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem zrezygnowałam/łem z prowadzenia praktyki lekarskiej (prosimy o zaznaczenie właściwego rodzaju praktyki):

93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym

.....
(nazwa zakładu leczniczego)

94 – indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym

.....
(nazwa zakładu leczniczego)

95 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania

.....
(adres praktyki lekarskiej)

96 – indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania

.....
(adres praktyki lekarskiej)

98 – indywidualna praktyka lekarska

.....
(adres gabinetu lekarskiego)

99 – indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska

.....
(adres gabinetu lekarskiego)

97 – grupowa praktyka lekarska

.....
(adres grupowej praktyki)

INFORMACJA DOT. MIEJSCA PRZECHOWYWANIA DOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PRAKTYKI DOTYCHCZAS WYKONYWANEJ W POMIESZCZENIU (GABINET) LUB WYŁ. W MIEJSCU WEZWANIA

Województwo: Powiat:

Gmina/dzielnica:

Ulica i nr domu/ nr lokalu:

Kod pocztowy: Miejscowość:

Telefon: E-mail:

.....
(miejscowość, data)

.....
(podpis lekarza i pieczętka)