*pieczęć* ..............................

*podmiotu leczniczego miejscowość, data*

**Dyrektor**

**Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy**

**80-871 Gdańsk**

**ul. Okrąg 1B**

Zgłaszam podjęcie \*, zakończenie \*, działalności lekarza w podmiocie leczniczym

sprawującym opiekę profilaktyczną nad pracującymi.

(Podstawa prawna: art.10 ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy)

(Dz. U. z 2022r. poz. 437 tj.)

1. *a) nazwa i adres podmiotu leczniczego - ( pieczęć )*

*............................................................................................................................................................ ............................................................................................................................................................*

*b) podmiot tworzący*

*............................................................................................................................................................ ............................................................................................................................................................*

2. .......................................................................................................................................................................

*imię i nazwisko lekarza wykonującego zadania*

*z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi*

3. .................................................................................................................................................

*numer prawa wykonywania zawodu*

4. .................................................................................................................................................

*informacje o dodatkowych kwalifikacjach do przeprowadzania badań*

*profilaktycznych ( kod z pieczątki do badań profilaktycznych )*

5. .................................................................................................................................................

*data rozpoczęcia \* ( zakończenia ) \* działalności lekarza*

………………………………………………….

*pieczęć i podpis kierownika podmiotu leczniczego*

\* właściwe podkreślić