pieczęć podmiotu leczniczego
w formie indywidualnej
praktyki lekarskiej
lub grupowej praktyki lekarskiej

.....
miejscowość, data

Dyrektor
Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy
80-871 Gdańsk
ul. Okrąg 1B

Zgłaszam podjęcie *, zakończenie *, działalności podmiotu leczniczego sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi w formie indywidualnej praktyki lekarskiej*, grupowej praktyki lekarskiej*.
(Podstawa prawna: artykuł 10 ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy)
(Dz. U. z 2022r. poz.437 tj.)

1. .....
nazwa podmiotu leczniczego

2. .....
adres miejsca wykonywania praktyki

3. .....
imię i nazwisko lekarza

4. .....
numer prawa wykonywania zawodu

5. .....
informacje o dodatkowych kwalifikacjach do przeprowadzania badań profilaktycznych
(kod z pieczątki lekarza uprawnionego do badań profilaktycznych)

6. .....
data rozpoczęcia (zakończenia) * działalności*

.....
pieczęć i podpis lekarza

** właściwe podkreślić*