

Wojewódzki Ośrodek
Medycyny Pracy

w

....., dn.

**FORMULARZ
ZGŁOSZENIA PODJĘCIA/ZAKOŃCZENIA
DZIAŁALNOŚCI LEKARZA**

1.A Nazwa podstawowej jednostki służby medycyny pracy:

.....
.....

1.B Imię i nazwisko:

2. Adres indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej:

.....
.....

albo

3.A Nazwa podmiotu, który utworzył zakład opieki zdrowotnej:

.....

3.B. Nazwa i adres zakładu opieki zdrowotnej:

.....
.....

4. Numer prawa wykonywania zawodu:

5. Termin rozpoczęcia/zakończenia działalności

.....

6. Dodatkowe kwalifikacje do przeprowadzania badań profilaktycznych:

.....

.....
Podpis osoby dokonującej zgłoszenia