

1d) Adres zamieszkania / Adres siedziby firmy

Województwo		
Miejscowość	Kod pocztowy	Poczta
Ulica		Nr domu / nr mieszkania
Telefon		Fax

2. CHARAKTER ZGŁOSZENIA

Cel zgłoszenia <input type="checkbox"/> praktyka nowopowstała <input type="checkbox"/> praktyka istniejąca w dniu 26.05.1998r.
Rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych 1. 2.
Rodzaj wykonywanej praktyki lekarskiej/ pielęgniarskiej:
Dni i godziny przyjęć pacjentów:
Pomieszczenia, w których prowadzona będzie praktyka: <input type="checkbox"/> budynek nowo wybudowany <input type="checkbox"/> adaptacja budynku <input type="checkbox"/> adaptacja pomieszczeń <input type="checkbox"/> inne (jakie?).....

3. ZAŁĄCZNIKI

1. załączniki do wniosku – 3 egz.

4. WYJAŚNIENIA / INNE :

.....

Podpis.....

Uwagi:

1. - właściwe pole należy zakreślić
2. wniosek należy wypełnić drukowanymi literami

Powyższe dane będą wykorzystywane wyłącznie w postępowaniu prowadzonym na podst. przepisów ustawy z dnia 14.03.85r. o państwowej Inspekcji Sanitarnej (j.t. Dz.U.Nr.90, poz.575 z 1998r. ze zm.) oraz zgodnie z zasadami określonymi w ustawie z dnia 29.08.97r. o ochronie danych osobowych (Dz.U.Nr 133, poz883)