.....
miejscowość, data

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

Dyrektor/Dyrektor Oddziału w.....**
Dolnośląskiego Wojewódzkiego Ośrodka Medycyny Pracy

Zgłaszam podjęcie* / zakończenie* **działalności podmiotu leczniczego** sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi

podstawa prawna:Ustawa z dnia 27 czerwca 1997 r. o służbie medycyny pracy (Dz.U. 1997 nr 96 poz.593 z późn. zm.)

1. Nazwa i adres podmiotu leczniczego
   .....
   .....
   .....
2. Adres miejsca wykonywania badań profilaktycznych
   .....
   .....
   .....
3. Oznaczenie podmiotu, który utworzył podmiot leczniczy
   .....
   .....
   .....
4. Termin podjęcia*/zakończenia* działalności podmiotu leczniczego
   .....

Zgłoszenia należy dokonać w ciągu **30 dni** od dnia podjęcia lub zakończenia działalności.

<u>* właściwe zaznaczyć</u>

.....
pieczęć i podpis
kierownika podmiotu leczniczego

<u>W załączeniu:</u>

1. kserokopię Księgi Rejestrowej
2. zgłoszenie działalności lekarza
3. wpis do Krajowego Rejestru Sądowego
4. zaświadczenie o numerze REGON

**Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy: ul. Oławska 14, 50-123 Wrocław
Oddział Jelenia Góra: ul. Groszowa 1, 58-500 Jelenia Góra
Oddział Lubin: ul. Sienkiewicza 4, 59-300 Lubin
Oddział Wałbrzych: ul. B. Chrobrego 36, 58-300 Wałbrzych