…....
miejscowość, data

.....
pieczęć praktyki lekarskiej

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

Zgłaszam podjęcie* / zakończenie* działalności **indywidualnej praktyki lekarskiej / indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej / grupowej praktyki lekarskiej** sprawującej 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 praktyki lekarskiej
   .....
   .....
   .....
2. Adres miejsca wykonywania badań profilaktycznych
   .....
   .....
3. Imię i nazwisko lekarza wykonującego zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi
   .....
4. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza.....
5. Termin podjęcia*/zakończenia* działalności w ramach praktyki lekarskiej
   .....

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

*** właściwe zaznaczyć**

.....
pieczęć i podpis lekarza

W załączeniu:
1. wpis do ewidencji działalności gospodarczej
2. zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
3. zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu

**Dolnośląski Wojewódzki Ośrodek Medycyny Pracy: ul. Joannitów 10-12, 50-525 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