.....
miejscowość, data

.....
pieczęć podmiotu leczniczego

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

Zgłaszam podjęcie*/ zakończenie* **działalności lekarza w podmiocie leczniczym** sprawującym profilaktyczną opiekę 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 (w/g Księgi Rejestrowej Zakładu)
   .....
   .....
4. Imię i nazwisko lekarza wykonującego zadania z zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi .....
   .....
5. Numer prawa wykonywania zawodu lekarza.....
6. Termin podjęcia*/zakończenia* działalności lekarza w podmiocie leczniczym
   .....

Zgłoszenia dokonuje kierownik podmiotu leczniczego w ciągu **30 dni** od dnia podjęcia lub zakończenia działalności lekarza w podmiocie leczniczym

*** właściwe zaznaczyć**

.....
pieczęć i podpis
kierownika podmiotu leczniczego

**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