

Szczecin, dnia

.....
pieczęć

**FORMULARZ
ZGŁOSZENIA PODJĘCIA/ZAKOŃCZENIA
DZIAŁALNOŚCI LEKARZA**

1. Imię, nazwisko

2. Adres..zamieszkania.....
.....

3. Telefon/ e-mail.....

4. Adres miejsca wykonywania badań profilaktycznych:.....
.....
.....

5. Nr prawa wykonywania zawodu.....

6. Dodatkowe kwalifikacje i uprawnienia do wykonywania zadań z zakresu medycyny pracy
.....
.....

7. Data podjęcia działalności:
.....

8. Data zakończenia działalności:
.....

Podpis osoby dokonującej zgłoszenia

.....
pieczęć lekarza uprawnionego do badań
profilaktycznych

Do zgłoszenia należy dołączyć:

- wpis do ewidencji działalności gospodarczej,
- zaświadczenie o numerze identyfikacyjnym REGON
- zaświadczenie o wpisie do rejestru indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich z Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie,
- kserokopię Księgi Rejestrowej