

**1739****ROZPORZĄDZENIE MINISTRA ZDROWIA<sup>1)</sup>**

z dnia 5 grudnia 2006 r.

**w sprawie rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów**

Na podstawie art. 19b ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943 oraz z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) szczegółowy tryb postępowania w sprawach dokonywania wpisu podmiotów zamierzających wykonywać działalność w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, zwanych dalej „organizatorem kształcenia”, do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów, zwanego dalej „rejestrem”;

---

<sup>1)</sup> Minister Zdrowia kieruje działem administracji rządowej — zdrowie, na podstawie § 1 ust. 2 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Zdrowia (Dz. U. Nr 131, poz. 924).

## 2) wzory dokumentów:

- a) wniosku o wpis do rejestru,
- b) informacji o formie kształcenia, o której mowa w art. 19c ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zwanej dalej „informacją”,
- c) zaświadczenia o wpisie do rejestru;

## 3) sposób prowadzenia rejestru;

## 4) wysokość opłaty za wpis do rejestru.

§ 2. 1. Organizator kształcenia, zamierzający wykonywać działalność na obszarze działania okręgowej izby lekarskiej właściwej dla swojej siedziby, przedstawia okręgowej radzie lekarskiej tej izby dane potwierdzające spełnienie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy lub lekarzy dentystrów, zwanego dalej „kształceniem podyplomowym”, o których mowa w art. 19 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry, zwanej dalej „ustawą”, wraz z wnioskiem o wpis do rejestru.

2. Organizator kształcenia, zamierzający wykonywać działalność na obszarze okręgowej izby lekarskiej, innej niż określona w ust. 1, przedstawia okręgowej radzie lekarskiej właściwej ze względu na miejsce prowadzenia kształcenia podyplomowego dane potwierdzające spełnienie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego, o których mowa w art. 19 ust. 2 ustawy, a po uzyskaniu potwierdzenia spełnienia tych warunków składa wniosek o wpis do rejestru do okręgowej rady lekarskiej właściwej dla swojej siedziby.

3. Organizator kształcenia zamierzający wykonywać działalność na terenie całego kraju przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej dane potwierdzające spełnienie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego, o których mowa w art. 19 ust. 2 ustawy, a po uzyskaniu potwierdzenia spełnienia tych warunków składa wniosek o wpis do rejestru do okręgowej rady lekarskiej właściwej dla swojej siedziby.

4. Organizator kształcenia będący okręgową izbą lekarską przedstawia Naczelnej Radzie Lekarskiej dane potwierdzające spełnienie warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego, o których mowa w art. 19 ust. 2 ustawy, wraz z wnioskiem o wpis do rejestru prowadzonego przez Naczelną Radę Lekarską.

§ 3. 1. Występując o potwierdzenie spełnienia warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego, o których mowa w art. 19 ust. 2 ustawy, organizator kształcenia przedkłada informacje dotyczące:

- 1) organizatora kształcenia, w tym nazwę i adres siedziby albo imię, nazwisko i adres miejsca zamieszkania;
- 2) formy organizacyjno-prawnej organizatora kształcenia;
- 3) planowanego okresu i obszaru kraju, na którym przewidywane jest prowadzenie kształcenia;

4) osób odpowiedzialnych za ustalenie planu kształcenia oraz ich kwalifikacji, w tym imię i nazwisko, posiadane stopnie naukowe lub tytuł naukowy i specjalizację;

5) planu kształcenia ustalonego przez osobę lub osoby, o których mowa w pkt 4, jako zadanie dydaktyczne do wykonywania w określonym czasie, obejmujące zakres wiedzy medycznej i umiejętności praktycznych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza lub lekarza dentystry;

6) osób stanowiących planowaną kadrę dydaktyczną o kwalifikacjach właściwych do realizacji formy kształcenia określonej planem kształcenia lub do nadzoru nad kształceniem prowadzonym w określonej formie, w tym imię i nazwisko, posiadane stopnie naukowe lub tytuł naukowy i specjalizację;

7) posiadanej bazy do realizacji programu kształcenia poprzez wskazanie pomieszczeń z wyposażeniem, dostosowanych do prowadzenia przewidywanych form dydaktyki, w których organizator kształcenia zamierza realizować kształcenie;

8) wewnętrznego systemu oceny jakości kształcenia realizowanego w zakresie przewidywanych jego form;

9) posiadanej bazy do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych programem kształcenia, spełniającej wymogi określone w odrębnych przepisach, oraz osób posiadających uprawnienia i kwalifikacje do udzielania tych świadczeń.

2. W wystąpieniu, o którym mowa w ust. 1, zamieszcza się również imię i nazwisko, zajmowane stanowisko lub pełnioną funkcję przedstawiciela organizatora kształcenia, jego podpis oraz datę wystąpienia.

3. Przy określaniu w planie kształcenia, o którym mowa w ust. 1 pkt 5:

- 1) celu (celów) kształcenia — uwzględnia się podniesienie kwalifikacji zawodowych lekarzy lub lekarzy dentystrów w określonym zakresie danej dziedziny medycyny, w ramach doskonalenia zawodowego;
- 2) przedmiotu i zakresu kształcenia — uwzględnia się wybrany zakres wiedzy lub umiejętności praktycznych w określonej dziedzinie medycyny wynikających z wiarygodnych danych naukowych;
- 3) przewidywanej formy lub form kształcenia — uwzględnia się przepisy o sposobie realizacji obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystrów, w ramach przedmiotu i zakresu kształcenia;
- 4) wymaganych kwalifikacji uczestników — uwzględnia się kwalifikacje, jakie powinni posiadać lekarze lub lekarze dentyści uczestniczący w planowanych formach kształcenia;
- 5) sposobu (sposobów) weryfikacji wyników kształcenia — uwzględnia się przewidywaną, udokumentowaną formę sprawdzania wiedzy teoretycz-

nej lub umiejętności praktycznych, nabytych przez lekarzy lub lekarzy dentyków uczestniczących w określonej formie kształcenia;

- 6) sposobu potwierdzania uczestnictwa i ukończenia kształcenia — uwzględnia się udokumentowanie w formie pisemnej lub elektronicznej uczestnictwa i ukończenia przez lekarza lub lekarza dentykę określonej formy kształcenia.

4. W przypadku gdy przewidywaną formą kształcenia na odległość jest kurs, organizator kształcenia przedstawia informację, że spełnione są następujące warunki:

- 1) uczestnikom kursu zapewnia się materiały dydaktyczne zawierające:
  - a) treści kształcenia i pojęcia kluczowe dla danego zakresu kształcenia,
  - b) wykaz materiałów źródłowych,
  - c) instrukcje wspomagające kształcenie na poszczególnych jego etapach, w tym pytania i ćwiczenia pozwalające ocenić postęp w opanowaniu wiedzy i umiejętności;
- 2) nadzór nad kształceniem prowadzony jest przez konsultanta, którego szczegółowy zakres obowiązków określa organizator kształcenia w regulaminie kształcenia;
- 3) uczestnikom kursu przekazuje się informacje o:
  - a) programie nauczania,
  - b) warunkach korzystania ze wskazanych przez niego technik komunikacyjnych,
  - c) terminach konsultacji indywidualnych i zbiorowych oraz sposobie kontaktowania się z konsultantem,
  - d) terminach ćwiczeń praktycznych, jeżeli ich realizacja wynika z programu kształcenia,
  - e) terminach, warunkach oraz formach sprawdzania wyników kształcenia,
  - f) warunkach udostępniania do wglądu ocenionych form sprawdzających.

5. W przypadku gdy przewidywaną formą kształcenia na odległość jest program edukacyjny realizowany na podstawie zadań testowych, organizator kształcenia przedstawia informację, że spełnione są następujące warunki:

- 1) zadania testowe są opracowane na podstawie szczegółowego programu kształcenia realizowanego jako opracowania autorskie przez osoby wchodzące w skład kadry dydaktycznej lub inne opracowania autorskie, w tym zagraniczne, rekomendowane przez te osoby, podane w formie pisemnej lub elektronicznej w sieci internetowej;
- 2) zadania testowe są opracowane przez osoby będące specjalistami w dziedzinie, której zadania testowe dotyczą;

3) stopień trudności większości zadań testowych objętych programem powinien pozwalać badać umiejętność osoby kształcącej się co najmniej w zakresie:

- a) kojarzenia dwóch, trzech faktów wyuczonych w przebiegu odbytego kształcenia,
- b) wyszukiwania różnych informacji znajdujących się w treści realizowanego programu kształcenia, pozwalających na zbudowanie konkretnej hipotezy;

4) zadania testowe powinny zawierać co najmniej pięć odpowiedzi, w tym co najmniej jedną prawidłową;

5) zadanie testowe opracowane przez osobę, o której mowa w pkt 2, oprócz treści, ewentualnie rysunku, i odpowiedzi powinno zawierać uzasadnienie, tytuł podręcznika lub publikacji, z których pochodzi, informacje służące do formułowania pytania, informacje o powiązaniu pytania z treścią programu kształcenia, określenie zadania edukacyjnego, zadania testowego, stopień trudności zadania, o którym mowa w pkt 3;

6) program zawiera szczegółowe informacje o sposobie przesyłania odpowiedzi;

7) program zawiera informację ustalającą maksymalny okres udzielania odpowiedzi.

6. W przypadku gdy przewidywaną formą kształcenia na odległość jest kształcenie z wykorzystaniem sieci internetowej z ograniczonym dostępem, organizator kształcenia przedstawia informację, że spełnia ona następujące warunki:

1) jest wyposażona w system autoryzowanej rejestracji użytkowników, chroniący przed dostępem osób nieuprawnionych, zawierający następujące informacje:

- a) imię i nazwisko lekarza lub lekarza dentyki,
- b) numer prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentyki,
- c) numer rejestracyjny,
- d) określenie specjalizacji;

2) jest wyposażona w system szyfrowania;

3) jest wyposażona w system umożliwiający administrowanie, śledzenie i raportowanie wszelkich działań związanych z edukacją internetową;

4) posiada system kontroli dostępu użytkowników do treści poszczególnych programów edukacyjnych;

5) baza programów edukacyjnych w wersji podstawowej uwzględnia następujące elementy szczegółowego programu kształcenia:

- a) treść programu edukacyjnego,
- b) streszczenie,

- c) prezentacje multimedialne,
- d) spis literatury obowiązkowej i uzupełniającej,
- e) forum dyskusyjne lub inną formę dostępu do osoby prowadzącej kształcenie,
- f) repetytorium,
- g) testowy sprawdzian nabytej wiedzy spełniający warunki określone w ust. 5.

§ 4. 1. Wzór wniosku o wpis do rejestru jest określony w załączniku nr 1 do rozporządzenia.

2. Do wniosku, o którym mowa w § 2, dołącza się:

- 1) odpowiednio aktualny odpis z Krajowego Rejestru Sądowego albo aktualne zaświadczenie o wpisie do Ewidencji Działalności Gospodarczej, w przypadku gdy organizator kształcenia jest przedsiębiorcą;
- 2) dowód uiszczenia opłaty za wpis do rejestru — z wyjątkiem przypadku, o którym mowa w § 2 ust. 4;
- 3) uchwałę, o której mowa w art. 19 ust. 3 ustawy — w przypadkach, o których mowa w § 2 ust. 2 i 3.

§ 5. 1. W przypadkach, o których mowa w § 2 ust. 1 i 4, odpowiednio właściwa okręgowa rada lekarska lub Naczelna Rada Lekarska podejmuje uchwałę o wpisie do rejestru po uprzednim potwierdzeniu spełnienia przez organizatora kształcenia warunków prowadzenia kształcenia podyplomowego.

2. W przypadkach, o których mowa w § 2 ust. 2 i 3, Naczelna Rada Lekarska albo okręgowa rada lekarska przekazuje niezwłocznie uchwałę w sprawie spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego, o których mowa w art. 19 ust. 2 ustawy, organizatorowi kształcenia.

3. Wpis do rejestru stanowi podstawę do wydania zaświadczenia o wpisie do rejestru, którego wzór jest określony w załączniku nr 2 do rozporządzenia.

§ 6. Organizator kształcenia przedstawia informację według wzoru informacji określonego w załączniku nr 3 do rozporządzenia.

§ 7. 1. W przypadku gdy organizator kształcenia wpisany do rejestru ma zamiar nadal prowadzić kształcenie po upływie terminu, o którym mowa w art. 19c ust. 3 pkt 6 ustawy, wskazuje nowy termin oraz składa do organu prowadzącego rejestr oświadczenie o tym, że inne dane dotyczące kształcenia zawarte w rejestrze nie ulegają zmianie.

2. Organ prowadzący rejestr na podstawie oświadczenia, o którym mowa w ust. 1, dokonuje zmiany wpisu w rejestrze.

§ 8. 1. Rejestr prowadzony jest w systemie ewidencyjno-informatycznym.

2. Oznaczenia numeru wpisu, o którym mowa w art. 19c ust. 3 pkt 1 ustawy, dokonuje się poprzez następujący ciąg oddzielonych myślnikami znaków:

- 1) dwucyfrowy numer kodowy okręgowej izby lekarskiej i Naczelnej Rady Lekarskiej, prowadzącej rejestr, który jest określony w załączniku nr 4 do rozporządzenia;
- 2) sześciocyfrowe oznaczenie numeru wpisu organizatora kształcenia do rejestru;
- 3) trzycyfrowe oznaczenie prowadzonego kształcenia:
  - a) dla lekarzy — 001,
  - b) dla lekarzy dentyistów — 002,
  - c) dla lekarzy i lekarzy dentyistów — 003;
- 4) czterocyfrowe oznaczenie kolejnej zmiany wpisu organizatora kształcenia do rejestru.

3. Dla rejestru prowadzone są akta rejestrowe, na które składają się uchwały, załączniki do wniosków oraz inne dokumenty dotyczące postępowania rejestrowego.

§ 9. Ustala się opłatę za wpis do rejestru w wysokości 500 zł, powiększonej o iloczyn liczby planowanych informacji, jeżeli jest większa niż 1, i kwoty 250 zł.

§ 10. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.<sup>2)</sup>

Minister Zdrowia: *Z. Religa*

<sup>2)</sup> Niniejsze rozporządzenie w części dotyczącej opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów było poprzedzone rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 23 sierpnia 2005 r. w sprawie opłaty za wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. Nr 174, poz. 1456), które, na podstawie art. 8 ustawy z dnia 29 lipca 2005 r. o zmianie ustawy o zawodach pielęgniarki i położnej oraz ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty (Dz. U. Nr 175, poz. 1461 i Nr 253, poz. 2131), utraciło moc z dniem 28 września 2006 r.

Załączniki do rozporządzenia Ministra Zdrowia  
z dnia 5 grudnia 2006 r. (poz. 1739)

Załącznik nr 1

## WZÓR

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH  
KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW  
PROWADZONEGO PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ**

W .....

/NACZELNĄ IZBĘ LEKARSKĄ\*

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

## WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

## DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

Nazwa organizatora kształcenia
--------------------------------

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia
---

Adres siedziby lub miejsca zamieszkania organizatora kształcenia

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy □□□-□□□□
Miejscowość	Telefon Faks	e-mail

## Oświadczenie

Nazwa organizatora kształcenia:

Adres siedziby lub miejsca zamieszkania organizatora kształcenia:

Imię, nazwisko i funkcja osoby uprawnionej do reprezentowania organizatora kształcenia:

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów są kompletne i zgodne z prawdą;
- znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.)

Miejscowość, dnia .....

Podpis .....

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

Stanowisko/funkcja

Data

Podpis

\* Niepotrzebne skreślić.

**WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA****Planowany okres kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów**

Termin rozpoczęcia i zakończenia prowadzenia kształcenia podyplomowego

**Przedmiot i zakres kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów**

Zasadnicze kierunki, zakres tematyczny, teoretyczny i praktyczny i sposoby realizacji

**Przewidywane formy kształcenia podyplomowego w ramach realizacji programu kształcenia lekarzy / lekarzy dentystów**

Planowane formy kształcenia podyplomowego określone w odrębnych przepisach

**ZALĄCZONE DOKUMENTY**

- Wystąpienie do Naczelnej Rady Lekarskiej / okręgowej rady lekarskiej o potwierdzenie spełniania warunków kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów
- Kserokopia uchwały Naczelnej Rady Lekarskiej / okręgowej rady lekarskiej w sprawie potwierdzenia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów
- Zaświadczenie o wpisie do rejestru ewidencji działalności gospodarczej lub wpis do Krajowego Rejestru Sądowego, jeżeli organizator kształcenia jest przedsiębiorcą
- Dowód wniesienia opłaty za wpis do rejestru

**WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA**

- Wniosek zgodny z wymogami formalnymi
- Wniosek niezgodny z wymogami formalnymi
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

**Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)**.....  
Data i podpis osoby przyjmującej wniosek w okręgowej izbie lekarskiej / Naczelnej Izbie Lekarskiej

**WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA****ADNOTACJE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WARUNKÓW PROWADZENIA DOSKONAŁENIA ZAWODOWEGO****Potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów**

Opinia komisji kształcenia okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej / dyrektora ośrodka kształcenia okręgowej izby lekarskiej o spełnieniu przez organizatora kształcenia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy/lekarzy dentystów:

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji / dyrektora**Potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów  
przez Naczelną Radę Lekarską / okręgową radę lekarską**

Uchwała nr ..... Naczelnej Rady Lekarskiej/Okręgowej Rady Lekarskiej w .....

z dnia ..... w sprawie potwierdzenia spełnienia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów

przez ..... w okresie .....

w przedmiocie i zakresie .....

**ADNOTACJE DOTYCZĄCE WPISU DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH KSZTAŁCENIE PODYPLOMOWE**

Opinia komisji kształcenia okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej / dyrektora ośrodka kształcenia okręgowej izby lekarskiej:

- Wnioskuje o wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów
- Uznaje, że organizator kształcenia nie spełnia warunków do prowadzenia kształcenia podyplomowego lekarzy / lekarzy dentystów i wnioskuje o odmowę wpisu do rejestru
- Uznaje, że w stosunku do wnioskodawcy mają zastosowanie przepisy określone w art. 19d ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty i wnioskuje o odmowę wpisu do rejestru.

**Uzasadnienie:**

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji/dyrektora

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W ..... /  
NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

Nr uchwały

z dnia

Podmiot

 został wpisany do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów  
okręgowej izby lekarskiej / Naczelnej Izby Lekarskiejwpisano podmiot do rejestru okręgowej izby lekarskiej /  
Naczelnej Izby Lekarskiej

pod nr

wydano zaświadczenie o wpisie do rejestru numer

 nie został wpisany do rejestru okręgowej izby lekarskiej / Naczelnej Izby Lekarskiej (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

## ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN WPISU DO REJESTRU DANYCH O PODMIOCIE



## WZÓR

.....  
(nazwa organu prowadzącego rejestr)

Na podstawie art. 19b ust. 3a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.) oraz uchwały nr .....

..... z dnia .....,  
(nazwa organu prowadzącego rejestr)

stwierdza się, że:

.....  
(nazwa organizatora kształcenia)

prowadzący/a kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentystów

w okresie ..... na obszarze .....

.....  
.....

.....  
(przedmiot, zakres i formy kształcenia podyplomowego)

został wpisany do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy i lekarzy dentystów pod nr .....

Pieczęć okrągła

Sekretarz  
Naczelnej/Okręgowej  
Rady Lekarskiej

Prezes/Przewodniczący  
Naczelnej/Okręgowej  
Rady Lekarskiej

## WZÓR

## INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ .....  
(nazwa organizatora kształcenia)

## WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

## DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia

Dane kontaktowe (telefon/faks/e-mail)

Forma kształcenia podyplomowego

## Dane dotyczące kształcenia

## Przedmiot kształcenia

Informacje  
o treści kształcenia  
w dziedzinie medycyny:

Imię i nazwisko kierownika naukowego kształcenia

Czy treści kształcenia zgodne są z aktualną wiedzą medyczną i są oparte na wiarygodnych danych naukowych

Tak  Nie 

## Termin i miejsce kształcenia

Data rozpoczęcia ..... Data zakończenia .....

Nazwa placówki

Ulica i nr domu/nr lokalu

Miejscowość

## Kierownik naukowy

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

## Wykładowca

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

## Wykładowca

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

## Wykładowca

Imię i nazwisko	
Stopnie naukowe lub tytuł naukowy	
Specjalizacje	
Wykładowca akademicki	tak <input type="checkbox"/> nie <input type="checkbox"/>
Staż pracy w dydaktyce	

W przypadku większej liczby wykładowców informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wniosku.

**WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA**

Liczba godzin kształcenia <input type="text"/>		w tym: wykłady <input type="text"/>		warsztaty <input type="text"/>		ćwiczenia <input type="text"/>																			
Określenie grupy lekarzy, do której adresowane jest kształcenie																									
Liczba uczestników kształcenia		planowana <input type="text"/>		maksymalna <input type="text"/>																					
Planowany tryb kształcenia		<input type="checkbox"/> stacjonarny	<input type="checkbox"/> korespondencyjny	<input type="checkbox"/> zaoczny																					
		<input type="checkbox"/> dzienny	<input type="checkbox"/> wieczorowy																						
		<input type="checkbox"/> jednodniowy	<input type="checkbox"/> dwudniowy	<input type="checkbox"/> cykliczny	<input type="checkbox"/> inny																				
Sposób informowania o kształceniu		<input type="checkbox"/> ogłoszenie w prasie lekarskiej	<input type="checkbox"/> ogłoszenie w miejscu pracy																						
		<input type="checkbox"/> Internet	<input type="checkbox"/> zawiadomienie imienne	<input type="checkbox"/> inne																					
Czy regulamin kształcenia dopuszcza treści reklamowe/promocyjne w materiałach dydaktycznych lub w czasie trwania kształcenia prezentowane przez sponsora																									
<input type="checkbox"/> Nie <input type="checkbox"/> Tak: <input type="checkbox"/> leków <input type="checkbox"/> sprzętu medycznego <input type="checkbox"/> innych    – w jakiej formie: <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																									
<b>Sprawdzian wiedzy nabytej</b> – sposób sprawdzenia uczestnictwa w kształceniu i jego zakończenia – podać metodę, rodzaj udokumentowania <div style="border: 1px solid black; height: 50px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div>																									
Rodzaj dokumentu potwierdzający zaliczenie kształcenia		<input type="checkbox"/> zaświadczenie		<input type="checkbox"/> dyplom		<input type="checkbox"/> inne																			
<b>Uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych z udziałem pacjenta</b>																									
<input type="checkbox"/> Wpis do rejestru zakładów opieki zdrowotnej    Numer wpisu do rejestru zakładów opieki zdrowotnej <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>																									
<input type="checkbox"/> Wpis do rejestru praktyk    Numer wpisu do rejestru praktyk <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>																									
<input type="checkbox"/> Umowa najmu/podnajmu/użyczenia komórki organizacyjnej zakładu opieki zdrowotnej na okres do dnia .....																									
<input type="checkbox"/> Prawo wykonywania zawodu i specjalizacja osób prowadzących kształcenie praktyczne z udziałem pacjenta – lista stałych wykładowców <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 40%;">Imię i nazwisko</th> <th style="width: 20%;">nr prawa wykonywania zawodu</th> <th style="width: 40%;">specjalizacja</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>								Imię i nazwisko	nr prawa wykonywania zawodu	specjalizacja															
Imię i nazwisko	nr prawa wykonywania zawodu	specjalizacja																							
<b>Wysokość opłaty za udział w kształceniu</b>																									
Wysokość opłaty za udział w kształceniu		<input type="text"/> PLN																							
Całkowity udział finansowy uczestników		<input type="text"/> PLN																							

**WYPELNI ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA**

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia _____	
Stanowisko/funkcja _____	
Data <input type="text"/>	Podpis <input type="text"/>
<b>Dane dotyczące wpisu organizatora kształcenia do rejestru innej okręgowej izby lekarskiej /Naczelnej Izby Lekarskiej</b>	
Data <input type="text"/>	Nr wpisu <input type="text"/>
do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentyistów Okręgowej Izby Lekarskiej	
w ..... / Naczelnej Izby Lekarskiej (właściwej dla organizatora kształcenia)	
<b>Załączone dokumenty</b>	
<input type="checkbox"/> Szczegółowy program kształcenia	<input type="checkbox"/> Wzór dokumentu potwierdzającego ukończenie kształcenia
<input type="checkbox"/> Regulamin kształcenia	<input type="checkbox"/> Dokumenty potwierdzające uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych
<input type="checkbox"/> Dokumenty potwierdzające kwalifikacje kierownika naukowego i wykładowców	<input type="checkbox"/> Zaświadczenie o wpisie do rejestru w przypadku, o którym mowa w art. 19c ust. 1a ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentyisty

**WYPELNI OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA**

<input type="checkbox"/> Informacja zgodna z wymogami formalnymi	<b>Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)</b>  ..... Data i podpis osoby przyjmującej wniosek w okręgowej izbie lekarskiej / Naczelnej Izbie Lekarskiej
<input type="checkbox"/> Informacja niezgodna z wymogami formalnymi	
<input type="checkbox"/> Załączono wszystkie wymagane dokumenty	
Opinia komisji kształcenia okręgowej rady lekarskiej / Naczelnej Rady Lekarskiej / dyrektora ośrodka kształcenia okręgowej izby lekarskiej:	
<input type="checkbox"/> Akceptuję złożoną informację o planowanej formie kształcenia podyplomowego i potwierdzam wpisanie jej do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie podyplomowe lekarzy/lekarzy dentyistów przez organizatora kształcenia wpisanego do rejestru Okręgowej Izby Lekarskiej w ..... / Naczelnej Izby Lekarskiej nr wpisu <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Nie akceptuję złożonej informacji o planowanej formie kształcenia podyplomowego	
Uzasadnienie:	
Data <input type="text"/>	Podpis przewodniczącego komisji/dyrektora <input type="text"/>
Wpisano informację o formie kształcenia .....	
do rejestru okręgowej izby lekarskiej pod nr <input type="text"/>	
Data <input type="text"/>	Podpis pracownika <input type="text"/>

Uwagi

WYKAZ  
NUMERÓW KODOWYCH OKRĘGOWYCH IZB LEKARSKICH I NACZELNEJ RADY LEKARSKIEJ

1. **50** — Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku
2. **51** — Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku-Białej
3. **52** — Okręgowa Izba Lekarska w Bydgoszczy
4. **53** — Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku
5. **54** — Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim
6. **55** — Śląska Izba Lekarska w Katowicach
7. **56** — Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach
8. **57** — Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie
9. **58** — Lubelska Izba Lekarska w Lublinie
10. **59** — Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi
11. **60** — Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie
12. **61** — Opolska Izba Lekarska w Opolu
13. **62** — Okręgowa Izba Lekarska w Płocku
14. **63** — Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
15. **64** — Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie
16. **65** — Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
17. **66** — Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie
18. **67** — Kujawsko-Pomorska Izba Lekarska w Toruniu
19. **68** — Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
20. **69** — Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
21. **70** — Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze
22. **72** — Wojskowa Izba Lekarska
23. **74** — Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
24. **75** — Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie
25. **80** — Naczelna Izba Lekarska

Egzemplarze bieżące oraz archiwalne można nabywać:

- w Wydziale Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel. 0-22 694-67-00, 0-22 694-60-96 — na podstawie nadeszanego zamówienia (wyłącznie sprzedaż wysyłkowa);
- w punktach sprzedaży Dziennika Ustaw i Monitora Polskiego w Warszawie (sprzedaż wyłącznie za gotówkę):
  - ul. Powsińska 69/71, tel. 0-22 694-62-96
  - al. Szucha 2/4, tel. 0-22 629-61-73

**Reklamacje z powodu niedoręczenia poszczególnych numerów zgłaszać należy na piśmie do Wydziału Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, do 15 dni po otrzymaniu następnego kolejnego numeru**

O wszelkich zmianach nazwy lub adresu prenumeratora prosimy niezwłocznie informować na piśmie Wydział Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów

**Dziennik Ustaw i Monitor Polski (spis treści) dostępne są w Internecie pod adresem [www.cokprm.gov.pl](http://www.cokprm.gov.pl)**

**Wydawca:** Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

**Redakcja:** Rządowe Centrum Legislacji — Redakcja Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej oraz Dziennika Urzędowego Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”, Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa, tel. 0-22 622-66-56

**Skład, druk i kolportaż:** Wydział Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel.: 0-22 694-67-50, 0-22 694-67-52; faks 0-22 694-62-06  
Bezpłatna infolinia: 0-800-287-581 (czynna w godz. 7<sup>30</sup>–15<sup>30</sup>)

[www.cokprm.gov.pl](http://www.cokprm.gov.pl)

e-mail: [dziust@cokprm.gov.pl](mailto:dziust@cokprm.gov.pl)

DU 0239 2006 wyd.00



5 900248487654 >

Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Wydziale Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów, ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa