

**WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH
DOSKONALENIE ZAWODOWE LEKARZY/LEKARZY DENTYSTÓW
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ/WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

W

Nr dokumentu

Data przyjęcia
dokumentu**CZĘŚĆ A****DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK**

Nazwa podmiotu

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

Adres podmiotu

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

- - - - -

Miejscowość

Telefon

Faks

e-mail

Adres siedziby organizatora kształcenia

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

- - - - -

Miejscowość

Telefon

Faks

e-mail

Jestem przedsiębiorcą w rozumieniu ustawy o swobodzie działalności gospodarczej (art. 2 i 4 ustawy z dnia 2 lipca 2004 r. – Dz. U. 173, poz 1807)

NIE ☐**Oświadczenie**

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 Kk, oświadczam, że: wyrażam zgodę na przeprowadzenie przez okręgową radę lekarską kontroli w zakresie spełniania przez organizatorów kształcenia warunków kształcenia określonych w uchwale Nr 104/05/IV NRL z dnia 11 lutego 2005 r.

Data

Podpis

TAK ☐

Numer wpisu do ewidencji działalności gospodarczej

Numer wpisu do Krajowego Rejestru Sądowego

Oświadczenie

Firma przedsiębiorcy:

Adres siedziby przedsiębiorcy:

Imię, nazwisko i funkcja osoby uprawnionej do reprezentowania przedsiębiorcy:

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 Kk, oświadczam, że:

• dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie będące zorganizowaną formą doskonalenia zawodowego lekarzy/lekarzy dentystów są kompletne i zgodne z prawdą;

• znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności gospodarczej w zakresie kształcenia podyplomowego lekarzy i lekarzy dentystów, określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarzy i lekarza dentysty (Dz. U. z 2002 r. Nr 21, poz. 204, z późn. zm.)

miejscowość, dnia

podpis

Status bazy szkoleniowej

Nazwa

Adres

☐ sala wykładowa	liczba miejsc	
☐ konferencyjna	liczba miejsc	
☐ aula	liczba miejsc	
☐ sala widowiskowa	liczba miejsc	
☐ oddział szpitalny	liczba łóżek	
☐ blok operacyjny	liczba sal operacyjnych	
☐ gabinet dentystyczny	liczba stanowisk	
☐ gabinet praktyki lekarskiej		
☐ ambulatorium		
☐ inna (opisać):		

Baza szkoleniowa własna

TAK ☐NIE ☐

☐ wynajem na czas nieokreślony

☐ wynajem na czas określony do

.....
 dzień miesiąc rok

.....
dzień

miesiac

.....
rok

☐ jednorazowo na czas trwania szkolenia☐ inna forma wynajmu:

Dane dotyczące kadry dydaktycznej

Liczba stałych wykładowców prowadzących kształcenie w tym prof./dr. hab. innych

Liczba wykładowców angażowanych na umowę zlecenie w tym prof./dr. hab. innych

[illegible]

Wewnętrzny system oceny jakości kształcenia

TAK ☐NIE ☐

Narzędzia oceny jakości kształcenia

Metody oceny jakości kształcenia

Uprawnienie do udzielania świadczeń zdrowotnych (w przypadku prowadzenia zajęć praktycznych objętych programem)

☐ Wpis do rejestru zoz Numer wpisu do rejestru zoz - ☐ Wpis do rejestru praktyk Numer wpisu do rejestru praktyk - - - ☐ Umowa najmu/podnajmu/użyczenia komórki organizacyjnej zoz na okres do dnia☐ Prawo wykonywania zawodu i specjalizacja osób prowadzących kształcenie praktyczne – lista stałych wykładowców

Imię i nazwisko	Numer PWZ	specjalizacja

Materiały dydaktyczne

Oświadczenie

Oświadczam, że zobowiązuje się do przesłania każdorazowo na adres

- sprawozdania z odbytej formy kształcenia wraz z materiałami dydaktycznymi
- listy osób, które ukończyły kształcenie (numer rejestru okręgowej izby lekarskiej)

Data

Podpis osoby
uprawnionej do
złożenia wniosku

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- ☐ Plan kształcenia (ramowy program)
- ☐ Potwierdzenie uprawnienia do udzielania świadczeń zdrowotnych objętych programem kształcenia
- ☐ Dowód wpłaty za wpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA RADA LEKARSKA

Podmiot wpisany do rejestru prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy/lekarzy dentystów na podstawie uchwały nr Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia w sprawie akceptacji programu doskonalenia zawodowego przyjętego przez towarzystwo naukowe*/ /kolegium specjalistów

ADNOTACJE DOTYCZĄCE SPEŁNIANIA WYMOGÓW PROWADZENIA DOSKONALENIA ZAWODOWEGO

Komisja ds. kształcenia/ośrodek doskonalenia zawodowego stwierdza że:

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

Uwagi/brakujące dokumenty (uzasadnienie w załączeniu)

Opinia zespołu eksperckiego:

Data

Podpis
przew.
zespołu

Opinia komisji kształcenia/komisji stomatologicznej/dyrektora ośrodka:

☐ Wnioskuje o wpis do rejestru

☐ Wnioskuje o odmowę wpisu do rejestru

Uzasadnienie:

Data

Podpis przew.
komisji/
dyrektora

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały

z dnia

Podmiot

☐ został wpisany do rejestru podmiotów prowadzących doskonalenie zawodowe lekarzy lub lekarzy dentystów na podst. uchwały Nr 104/05/IV Naczelnej Rady Lekarskiej w dniu 11 lutego 2005 r.

wpisano podmiot do rejestru ORL

pod nr

wydano zaświadczenie o wpisie do rejestru

numer

☐ nie został wpisany do rejestru ORL (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN DANYCH O PODMIOCIE