

Pieczęć podmiotu leczniczego
zgłaszającego działalność

.....
(miejscowość, data)

**PODLASKI WOJEWÓDZKI
OŚRODEK MEDYCyny PRACY
W BIAŁYMSTOKU**

ul. Wiewiórcza 10
15-535 Białystok

Zgłaszam podjęcie*/zakończenie* **działalności podmiotu leczniczego** w zakresie profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracującymi. Podstawa prawna: art. 10 i 17 ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy (t.j. Dz.U.2022.437)

1. Nazwa podstawowej jednostki służby medycyny pracy
2. Adres miejsca wykonywania badań profilaktycznych
3. Oznaczenie podmiotu, który utworzył podmiot leczniczy wg Księgi Rejestrowej.....
4. Termin podjęcia*/zakończenia* działalności podmiotu leczniczego
5. Telefon kontaktowy, adres e-mail

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

.....
(pieczęć i podpis kierownika podmiotu leczniczego)

**W załączeniu dokumenty potwierdzone za zgodność z oryginałem
lub okazanie oryginałów w Dziale Organizacji, Nadzoru i Szkolenia:**

1. Księga Rejestrowa generowana z systemu teleinformatycznego.
2. Wpis do Krajowego Rejestru Sądowego lub ewidencji działalności gospodarczej - generowany z systemu teleinformatycznego.
3. Statut zakładu lub regulamin organizacyjny – kserokopia potwierdzona za zgodność z oryginałem lub okazanie oryginałów w Dziale Organizacji, Nadzoru i Szkolenia PWOMP.
4. Zgłoszenia lekarzy, pielęgniarek, psychologów.

W przypadku likwidacji podmiotu leczniczego

1. Decyzja wojewody o wykreśleniu z rejestru podmiotów leczniczych
2. Informacja o przekazaniu dokumentacji medycznej służby medycyny pracy.

* właściwe podkreślić