Zgłoszenie (PODJĘCIA lub ZAKOŃCZENIA) * działalności przez podstawową jednostkę służby medycyny - podmiot wykonujący działalność leczniczą będący:

POWIAT:

1) podmiotem leczniczym
2) praktyką zawodową:
   a) indywidualną praktyką lekarską lub indywidualną specjalistyczną praktyką lekarską
   b) grupową praktyką lekarską

NAZWA PODSTAWOWEJ JEDNOSTKI SŁUŻBY MEDYCYNY PRACY - podmiotu wykonującego działalność leczniczą w celu sprawowania profilaktycznej opieki zdrowotnej na pracującymi **ADRES (pieczątka)**	**PODMIOT TWORZĄCY**	**IMIĘ I NAZWISKO LEKARZA (tytuł)** sprawującego profilaktyczną opiekę zdrowotną nad pracującymi wskazane podanie danych kontaktowych (adres, tel. kom.)	Numer prawa wykonywania zawodu Informacja o dodatkowych kwalifikacjach do przeprowadzania badań profilaktycznych lub wykonywania zadań służby medycyny pracy	**DATA PODJĘCIA DZIAŁALNOŚCI**	**DATA ZAKOŃCZENIA DZIAŁALNOŚCI**

Opracowano na podstawie ustawy z dnia 27 czerwca 1997r. o służbie medycyny pracy.

ZWROT:

Data:
Podpis i pieczątka kierownika :

Małopolski Ośrodek Medycyny Pracy
Dział Rejestrów, Nadzoru i Kontroli
31-504 Kraków, ul. Zygmunta Augusta 1
Tel. 12 424 20 40, 12 424 20 38