………………………………….  
(miejscowość, data)

# **Marszałek Województwa Podkarpackiego**

## **Wniosek o wpis na listę podmiotów leczniczych, indywidualnych praktyk lekarskich oraz indywidualnych specjalistycznych praktyk lekarskich uprawnionych do prowadzenia staży podyplomowych lekarzy**

Na podstawie art. 15c ust. 4 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza   
i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.) wnoszę o wpis podmiotu

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

na listę podmiotów uprawnionych do prowadzenia:   
 staży podyplomowych lekarzy  
 staży cząstkowych lekarzy lub części staży cząstkowych lekarzy[[1]](#footnote-1).

Wnioskowana liczba miejsc stażowych: …………………………………………………………………………………

Numer księgi rejestrowej z podaniem podmiotu rejestrowego: …………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

W załączeniu przekazuję wymagane dokumenty, tj.:

Oświadczenie o spełnianiu warunków, o których mowa w art. 15c ust. 2 ustawy z dnia   
5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty

albo

Oświadczenie o spełnianiu warunków, o których mowa w art. 15c ust. 3 ustawy z dnia   
5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[[2]](#footnote-2),

Oświadczenie o spełnianiu warunków, o których mowa w art. 15e ust. 1 pkt 1 ustawy   
z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty[[3]](#footnote-3).

……………………………………………  
(podpis i pieczątka podmiotu)

### **Oświadczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 4 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.)**

Oświadczam, iż podmiot

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

spełnia warunki określone w art. 15c ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.   
o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.), tj.:

1. posiada w swojej strukturze organizacyjnej zakład leczniczy udzielający świadczeń zdrowotnych umożliwiających zrealizowanie programu co najmniej jednego stażu cząstkowego lub co najmniej jednej części programu stażu cząstkowego w ramach komórek organizacyjnych o profilu odpowiadającym programowi stażu podyplomowego,
2. zatrudnia lekarzy posiadających kwalifikacje zawodowe odpowiadające rodzajowi zajęć teoretycznych i szkoleń praktycznych określonych programem stażu podyplomowego,
3. posiada zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne umożliwiające realizację programu stażu podyplomowego,

ponadto[[4]](#footnote-4):

1. udziela stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych umożliwiających zrealizowanie objętych programem staży cząstkowych.

……………………………………………  
(podpis i pieczątka podmiotu)

### **Oświadczenie podmiotu wykonującego działalność leczniczą, o którym mowa w art. 5 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2023 r. poz. 991 z późn. zm.)**

Oświadczam, iż podmiot

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

spełnia warunki określone w art. 15c ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.   
o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.), tj.:

Lekarz wykonujący działalność leczniczą w formie indywidualnej lub grupowej praktyki lekarskiej, lub indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, udzielający świadczeń z zakresu medycyny rodzinnej:

1. posiada zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne umożliwiające realizację programu stażu podyplomowego,
2. umożliwia lekarzowi stażyście odbycie stażu podyplomowego pod nadzorem lekarza posiadającego specjalizację, o której mowa w art. 64 ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty, albo tytuł specjalisty   
   w określonej dziedzinie medycyny, albo lekarza, który zaliczył w toku szkolenia specjalizacyjnego moduł podstawowy, albo lekarza, który ukończył 3. rok szkolenia specjalizacyjnego w specjalizacjach jednolitych lub lekarza, który zdał Państwowy Egzamin Modułowy, zwanego dalej „opiekunem”.

……………………………………………  
(podpis i pieczątka podmiotu)

### **Oświadczenie podmiotu, który będzie zawierał umowę o pracę, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.)**

Oświadczam, iż podmiot

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

(nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

spełnia warunki określone w art. 15e ust. 1 pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r.   
o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 r. poz. 1516 z późn. zm.), tj.:

1. udziela stacjonarnych i całodobowych świadczeń szpitalnych umożliwiających realizację ramowego programu stażu podyplomowego lekarza w ramach staży cząstkowych, co najmniej w dziedzinie chorób wewnętrznych i chirurgii ogólnej,
2. posiada zawarte umowy z innymi podmiotami prowadzącymi staż, w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarza, w ramach oddelegowania, tej części programu stażu podyplomowego, której realizacji nie może zapewnić w zakresie udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

……………………………………………  
(podpis i pieczątka podmiotu)

### **Informacja dotycząca staży cząstkowych**

**Proszę o wypełnienie poniższej tabeli przez wpisanie aktualnych danych   
i umieszczenie staży cząstkowych:**

* choroby wewnętrzne,
* pediatria,
* chirurgia ogólna,
* intensywna terapia
* medycyna ratunkowa
* medycyna rodzinna
* część personalizowana stażu

**w odpowiednich kolumnach. W przypadku stażu oddelegowanego do innego zakładu proszę o podanie jego nazwy.**

1. **Lista podmiotów uprawnionych do zawierania umów o pracę z lekarzami   
   w celu odbycia stażu podyplomowego:**

**Tabela 1.**

| **Lp.** | **Nazwa zakładu opieki zdrowotnej** | **Adres zakładu  telefon** | **Nazwa stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego odbywanego  w tym zakładzie** | **Nazwa stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego oraz nazwa zakładu opieki zdrowotnej albo indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej, z którą zakład zawarł umowę  o odbywanie stażu  w ramach oddelegowania** | **Maksymalna liczba miejsc stażowych** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
|  |  |  |  |  |  |

……………………………………………  
(podpis i pieczątka podmiotu)

1. **Lista podmiotów uprawnionych do prowadzenia stażu cząstkowego   
   lub części stażu cząstkowego lekarza:**

**Tabela 2.**

| **Lp.** | **Nazwa zakładu opieki zdrowotnej** | **Adres zakładu  telefon** | **Nazwa stażu cząstkowego lub części stażu cząstkowego odbywanego  w tym zakładzie** | **Maksymalna liczba miejsc stażowych** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|  |  |  |  |  |

……………………………………………  
(podpis i pieczątka podmiotu)

1. zaznaczyć właściwe pole wyboru [↑](#footnote-ref-1)
2. zaznaczyć właściwe pole wyboru [↑](#footnote-ref-2)
3. dotyczy podmiotów, które będą zawierały umowę o pracę, o której mowa w art. 15a ust. 1 ustawy   
   z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty; zaznaczyć pole wyboru, jeśli dotyczy [↑](#footnote-ref-3)
4. dotyczy podmiotów leczniczych prowadzących szpitale [↑](#footnote-ref-4)