…………………………………………..

(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. 15 ust. 6 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza
i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 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\*.

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

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

W załączeniu przekazuję wymagane dokumenty, tj.:

1. Oświadczenie o spełnianiu warunków, o których mowa w § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza
i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.)

albo

1. Oświadczenie o spełnianiu warunków, o których mowa w § 5 ust. 3 pkt 1, 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.),
2. Oświadczenie o spełnianiu warunków, o których mowa w § 6 ust. 1 pkt 1 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza
i lekarza dentysty (Dz. U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.)\*\*.

……..………………………….

 (podpis i pieczątka podmiotu)

\* niepotrzebne skreślić

\*\* dotyczy podmiotów, które będą zawierały umowę o pracę, o której mowa w art. 15 ust. 3d ustawy
z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 z późn. zm.)

**Oświadczenie**

**podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 4 ustawy z dnia
15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.)**

Oświadczam, iż podmiot ………………………………………………………………………...

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

(nazwa i adres podmiotu prowadzącego działalność leczniczą)

spełnia warunki określone w § 5 ust. 1 i 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty
(Dz. U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.), tj.:

1. udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie umożliwiającym zrealizowanie co najmniej programu jednego stażu cząstkowego lekarza lub co najmniej jednej z części programu stażu cząstkowego;
2. zatrudnia lekarzy na podstawie umowy o pracę lub umowy cywilnoprawnej, posiadających kwalifikacje zawodowe odpowiadające rodzajowi zajęć teoretycznych i praktycznych określonych w ramowym programie stażu lekarza;
3. posiada zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne umożliwiające realizację ramowego programu stażu lekarza;

Ponadto\*:

1. udziela całodobowych świadczeń zdrowotnych w zakresie programu odpowiednich staży cząstkowych;
2. zapewnia odpowiednie pomieszczenia do prowadzenia zajęć teoretycznych.

……..………………………….

 (podpis i pieczątka podmiotu)

\* dotyczy podmiotów leczniczych prowadzących szpitale

**Oświadczenie**

**podmioty wykonujące działalność leczniczą, o których mowa w art. 5 ustawy z dnia
15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej (Dz. U. z 2020 r. poz. 295 z późn. zm.)**

Oświadczam, iż podmiot ………………………………………………………………………...

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

(nazwa i adres podmiotu prowadzącego działalność leczniczą)

spełnia warunki określone w § 5 ust. 3 pkt 1, 2 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty
(Dz. U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.), tj.:

Lekarz wykonujący indywidualną praktykę lekarską albo lekarz wykonujący indywidualną specjalistyczną praktykę lekarską:

1. ma co najmniej 5-letni staż zawodowy albo specjalizację w odpowiedniej dziedzinie medycyny;
2. posiada zaplecze diagnostyczno-terapeutyczne umożliwiające realizację ramowego programu;
3. spełnia warunki określone w § 5 ust. 1 pkt 1 i 4, tj.:
4. udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie umożliwiającym zrealizowanie
co najmniej programu jednego stażu cząstkowego lekarza lub co najmniej jednej
z części programu stażu cząstkowego;
5. zapewnia określonej liczbie lekarzy odbywających staż realizację treści merytorycznych ramowego programu w sposób i w czasie, o których mowa
w rozporządzeniu.

……..………………………….

 (podpis i pieczątka podmiotu)

**Oświadczenie**

Oświadczam, iż podmiot ………………………………………………………………………...

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

(nazwa i adres podmiotu wykonującego działalność leczniczą)

spełnia warunki określone w § 6 ust. 1 pkt 1 i 3 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia
26 września 2012 r. w sprawie stażu podyplomowego lekarza i lekarza dentysty
(Dz. U. z 2014 r. poz. 474 z późn. zm.), tj.:

1. udziela świadczeń zdrowotnych w zakresie umożliwiającym realizację ramowego programu stażu lekarza w ramach staży cząstkowych, co najmniej w dziedzinach:
chorób wewnętrznych, chirurgii ogólnej i anestezjologii i intensywnej terapii;
2. posiada zawarte umowy z innymi podmiotami uprawnionymi do prowadzenia stażu, w celu umożliwienia zrealizowania przez lekarza, w ramach oddelegowania, tej części ramowego programu stażu, której realizacji nie może zapewnić w zakresie udzielanych przez siebie świadczeń zdrowotnych.

……..………………………….

 (podpis i pieczątka podmiotu)

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

* Choroby wewnętrzne;
* Pediatria;
* Chirurgia ogólna;
* Położnictwo i ginekologia;
* Intensywna terapia;
* Medycyna ratunkowa;
* Medycyna rodzinna;
* Psychiatria;

**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.**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **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.**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **L.p.** | **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)