Piaseczno, dnia ……………

**Państwowy Powiatowy**

**Inspektor Sanitarny w Piasecznie**

 **………………………………………………………….**

 (*siedziba Państwowego Powiatowego Inspektora Sanitarnego)*

WNIOSEK O WYDANIE OPINII ORGANU PAŃSTWOWEJ INSPEKCJI SANITARNEJ O SPEŁNIENIU WARUNKÓW UMOŻLIWIAJĄCYCH WYKONYWANIE DZIAŁALNOŚCI LECZNICZEJ ORAZ UDZIELANIE ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH PRZEZ PODMIOT LECZNICZY

**** Podmiot leczniczy nowopowstały

 Filia istniejącego podmiotu leczniczego

 Podmiot leczniczy – rozszerzenie zakresu udzielanych świadczeń zdrowotnych

**DANE WNIOSKODAWCY – właściciela / prawnego przedstawiciela:**

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

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

*Imię i nazwisko/imiona i nazwiska oraz firma wspólników spółki cywilnej/nazwa jednostki organizacyjnej*

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

*Adres do korespondencji*

*Nr telefonu kontaktowego* …………………..………………………………………………………

 Podmiot leczniczy niebędący przedsiębiorcą

 Podmiot leczniczy będący przedsiębiorcą

**INFORMACJE DOTYCZĄCE PRZEDMIOTOWEGO PODMIOTU LECZNICZEGO:**

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

*Pełna nazwa*

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

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

*Adres*

**Nr telefonu** ……………………… **faks** ……………………… **REGON** ……………………

**NIP** ………………………**KRS/CEIDG**……………………… **e-mail** ………………………

**Nr Księgi Rejestrowej (podmioty działające)** ………………………………………….…….

**Dokument poświadczający uprawnienia do korzystania z pomieszczeń:**

 akt własności

 umowa najmu

 umowa podnajmu

 umowa użyczenia

**Rodzaj działalności leczniczej:**

 Stacjonarne i całodobowe świadczenia zdrowotne

 Ambulatoryjne świadczenia zdrowotne

**\*\* W podmiocie leczniczym udzielane będą świadczenia zdrowotne określone**

 **kodami resortowymi:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **L.p.** | **specjalności komórki organizacyjnej:** | **opis kodu** |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |
| 8 |  |  |
| 9 |  |  |
| 10 |  |  |
| 11 |  |  |
| 12 |  |  |

Powyższa opinia jest wymagana jako element wniosku o wpis do rejestru podmiotów wykonujących działalność leczniczą.

……………………..…………………………

data i podpis

**\*\*\* ZAŁĄCZNIKI DOŁĄCZONE DO WNIOSKU :**

1. Projekt technologii wraz z opisem
2. Dokument dotyczący prowadzonej działalności (CEIDG, KRS)
3. Dokument pozwalający ustalić tytuł prawny wnioskodawcy do pomieszczeń, których dotyczy wniosek
4. Statut/Regulamin organizacyjny podmiotu leczniczego
5. Dokument potwierdzający pozwolenie na użytkowanie, zmianę sposobu użytkowania
6. Wykaz procedur higienicznych, w tym m.in.:
* Higienicznego mycia rąk
* Postępowania poekspozycyjnego
* Dezynfekcji, mycia oraz sterylizacji narzędzi i sprzętu medycznego
* Sprzątania i dezynfekcji pomieszczeń
* Postępowania z czystą bielizną
* Postępowania z brudną bielizną
* Postępowania z odpadami medycznymi
* Postępowania w przypadku awarii urządzeń chłodniczych lub braku dopływu prądu (w przypadku punktu szczepień ochronnych)
1. Umowa na utylizację odpadów medycznych
2. Umowa na pranie bielizny
3. Aktualny wynik badania wody
4. W przypadku stosowania narzędzi oraz sprzętu wielokrotnego użycia, należy przedstawić dokumentację potwierdzającą prawidłowość działania autoklawu (serwis/walidacja instalacyjna/skuteczność sterylizacji) albo umowę na sterylizację
z placówką zewnętrzną
5. Wykaz preparatów dezynfekcyjnych i antyseptycznych
6. Umowa na sprzątanie (w przypadku powierzenia powyższej procedury firmie zewnętrznej)
7. Decyzja na uruchomienie pracowni RTG oraz uruchomienie i stosowanie aparatu RTG (jeśli dotyczy)

**\*\*\* Podkreślić dołączone dokumenty**

 ……………………..…………………………

data i podpis