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 W RAMACH PRAKTYK ZAWODOWYCH

|  |
| --- |
| ***(\*)***  **** Indywidualna praktyka lekarska   Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska   Indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania   Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania   Indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem   Indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego na podstawie umowy z tym podmiotem   Grupowa /specjalistyczna/ praktyka lekarska  ***(\*)*** *zaznaczyć właściwe* |

**DANE WNIOSKODAWCY / PRZEDSTAWICIELA SPÓŁKI:**

**Imię i nazwisko**………………………………………………….……………………………

**Tytuł**   lekarz  lekarz dentysta

**Adres zamieszkania** …………………………………………………………………………………………………   
 *(kod pocztowy, miejscowość i ulica)*

**REGON** ……………………………………..**NIP**……………………………………………

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

**Posiadana specjalizacja /-e/:** …………………………………………………………………………….……………………

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

**INFORMACJE DOTYCZĄCE MIEJSCA WYKONYWANIA PRAKTYKI**

**Adres**……...……………………………………………………………………………………

*(kod pocztowy, miejscowość i ulica)*

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

**Nr telefonu** ……………..……..……**faks** …………………**e-mail** …………………………..

**CHARAKTER OBIEKTU**  działający  nowopowstały

Z zakresem przewidywanych świadczeń zdrowotnych ……………..……………………..……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Dokument poświadczający uprawnienia do korzystania z pomieszczeń:

 akt własności

 umowa najmu

 umowa podnajmu

 umowa użyczenia

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)
3. Dokument pozwalający ustalić tytuł prawny wnioskodawcy do pomieszczeń, których dotyczy wniosek
4. Dokument potwierdzający pozwolenie na użytkowanie, zmianę sposobu użytkowania
5. 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)

…………………..…………………………

data i podpis

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