………………………………………

(miejscowość, data)

.................................................................

Imię i nazwisko

.................................................................

.................................................................

Adres

.................................................................

tel.

………………………………………………

e-mail

**W N I O S E K**

• **o dokonanie wpisu do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne**

• **i wydanie zaświadczenia o dokonaniu wpisu do rejestru lekarzy przeprowadzających badania profilaktyczne**

\* ***informacja o rodzaju specjalizacji uprawniającej do przeprowadzania badań profilaktycznych***

**…………………………………………………………………………………………………………………**

***\*oświadczam, że posiadam prawo wykonywania zawodu o numerze***

***…………………………………………………………………………………………………………………..***

***\*miejsce wykonywania badań profilaktycznych***

***…………………………………………………………………………………………………………………..***

..........................................

(podpis wnioskodawcy)

Podstawa prawna:

§ 8 ust. 1 Rozporządzenia Ministra Zdrowia i Opieki Społecznej z dnia 30 maja 1996 r. w sprawie przeprowadzania badań lekarskich pracowników, zakresu profilaktycznej opieki zdrowotnej nad pracownikami oraz orzeczeń lekarskich wydawanych do celów przewidzianych w Kodeksie pracy (Dz.U. 2016 r. poz.2067 z późn. zm).