

.....  
(nazwa jednostki organizacyjnej) ..... dnia .....  
.....  
(adres) .....  
.....  
(telefon) .....

.....  
(miejsowość) ..... (data)

Warmińsko-Mazurski  
Państwowy Wojewódzki  
Inspektor Sanitarny  
ul. Żołnierska 16  
10 – 561 Olsztyn

### **Wniosek o wydanie zgody na udzielanie świadczeń zdrowotnych z zakresu\***

- Rentgenodiagnostyki
- Radiologii zabiegowej
- Diagnostyki i terapii radioizotopowej chorób nienowotworowych

1. Dane jednostki organizacyjnej ubiegającej się o wydanie zezwolenia:

Nazwa .....

Numer w krajowym rejestrze podmiotów gospodarki narodowej (REGON) .....

Numer identyfikacji podatkowej (NIP) .....

Numer w rejestrze podmiotów wykonujących działalność leczniczą.....

Adres (kod, miasto, ulica):.....

Tel.....

Faks.....

Adres poczty elektronicznej .....

2. Wykaz komórek organizacyjnych jednostki ochrony zdrowia, które będą prowadzić działalność objętą zgodą:\*\*

Nazwa .....

Adres (kod, miasto, ulica):.....

.....  
Podpis kierownika jednostki

---

\*właściwe zakreślić

\*\* rozszerzyć jeśli potrzeba

## Wykaz dokumentów załączonych do wniosku

- Kopie aktualnych zezwoleń na wykonywanie działalności związanej z narażeniem na promieniowanie jonizujące
- Imienny wykaz osób uczestniczących w procedurach medycznych z określeniem ich kwalfikacji, specjalizacji i staży
- Wykaz medycznych procedur radiologicznych, które będą wykonywane
- Wykaz urządzeń radiologicznych oraz urządzeń pomocniczych wraz z podaniem ich podstawowych parametrów i dat uruchomienia
- Kopie aktualnych protokołów z wykonania wszystkich testów eksploatacyjnych urządzeń radiologicznych
- Pisemne oświadczenie podpisane przez kierownika jednostki ochrony zdrowia o posiadaniu księgi jakości