

Deklaracja przystąpienia do Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców

Nazwa podmiotu wykonującego działalność leczniczą:

.....

Adres siedziby:

Adres miejsca wykonywania świadczeń:

.....

Telefon: Fax: Tel. komórkowy:

Adres e-mail:

Liczba lekarzy POZ: w tym specjalistów med. rodzinnej:

Liczba innych lekarzy: specjalistyka:, stomatologia.....

Liczba pozostałego personelu:, w tym pielęgniarki:, położne:

Liczba zadeklarowanych pacjentów zgodnie z ostatnią zatwierdzoną weryfikacją

Imię i Nazwisko osoby reprezentującej Podmiot w LZLR-P (deklaruję zgodę ew. współników):

.....

Dane kontaktowe osoby reprezentującej:

Telefon E-mail:

Stanowisko osoby reprezentującej Zakład:

POWIAT.....

Po zapoznaniu się z treścią Statutu Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych - Pracodawców oświadczam, że

1. Spełniam/nie spełniam¹ wymogi stawiane członkom Związku określone w § 10 pkt 3 i 4;
2. zobowiązuję się przestrzegać obowiązków członka Związku określone w § 14 Statutu;
3. Niniejszym udzielamy pełnomocnictwa Lubelskiemu Związkowi lekarzy Rodzinnych - Pracodawców z siedzibą w Lublinie, ul. Kruczkowskiego 14 do reprezentowania nas we wszelkich sprawach związanych i wynikających z faktu naszej przynależności do Związku oraz związanych i wynikających z faktu prowadzenia przez nas działalności leczniczej przed sądami wszystkich instancji oraz we wszelkich urzędach i instytucjach. Pełnomocnictwo dotyczy również odbierania i składania wszelkich pism i dokumentów oraz udzielania dalszych pełnomocnictw.

Pieczęć placówki

Podpis osoby upoważnionej do reprezentacji

¹ Niepotrzebne skreślić