**Deklaracja przystąpienia do**

**Lubelskiego Związku Lekarzy Rodzinnych – Pracodawców**

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

* spełniam wymogi stawiane członkom Związku określone w § 10 pkt 3 i 4;
* zobowiązuję się przestrzegać obowiązki członka Związku określone w § 14 Statutu;

*Dane wstępującego:*

Nazwa podmiotu: …………………………………………………………………………………………………..

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

Adres: ………………………………………………………………………………………………………………

Telefon: ……………………………………………………………………………………………………………

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 do lekarza POZ zgodnie z ostatnią zatwierdzoną weryfikacją ……………

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

………………………………………………………………………………………………………………………

Telefon komórkowy: ……………………………………………………………………………………………….

Adres e-mail: ……………………………………………………………………………………………………….

Stanowisko osoby reprezentującej podmiot: ……………………………………………………………………….

**POWIAT** …………………………

Data............................................ Podpis osoby/osób upoważnionych do reprezentacji

Program informatyczny do obsługi podmiotu: ….....................................................................................................

Kontakt do osoby świadczącej usługi informatyczne: …..........................................................................................