|  |
| --- |
| **ZBIORCZA EWIDENCJA ZAKŁADÓW I URZĄDZEŃ LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO PODMIOTU** |
| **STAN AKTUALNY NA DZIEŃ:** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **UZDROWISKO:** |  |
|  | **PODMIOT LECZNICZY:** |  |
|  | **WŁAŚCICIEL:** |  |
|  | **ZAKŁADY LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO - LICZBA** |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  |
|  | **LICZBA ŁÓŻEK OGÓŁEM:** |  |
|  |  | LICZBA ZAKŁADÓW | LICZBA ŁÓŻEK |
|  | **SZPITALE UZDROWISKOWE:** |  |  |
|  | **SZPITALE UZDROWISKOWE DLA DZIECI:** |  |  |
|  | **SANATORIA UZDROWISKOWE:** |  |  |
|  | **SANATORIA UZDROWISKOWE DLA DZIECI:** |  |  |
|  | **ZAKŁADY PRZYRODOLECZNICZE:** |  |  |
|  | **PRZYCHODNIE UZDROWISKOWE:** |  |  |
|  | **SZPITALE / SANATORIA PODZIEMNE:** |  |  |
|  | **URZĄDZENIA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO - LICZBA** |
|  | **LICZBA OGÓŁEM:** |  |
|  | **PIJALNIE UZDROWISKOWE:** |  |
|  | **BASENY LECZNICZE:** |  |
|  | **BASENY REHABILITACYJNE:** |  |
|  | **PARKI UZDROWISKOWE:** |  |
|  | **ŚCIEŻKI RUCHOWE:** |  |
|  | **TĘŻNIE:** |  |
|  | **URZĄDZONE PODZIEMNE WYROBISKO GÓRNICZE:** |  |
|  | **URZĄDZONY ODCINEK WYBRZEŻA MORSKIEGO:** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA I ADRES ZAKŁADU LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO** | **RODZAJ ZAKŁADU** | **LICZBA ŁÓŻEK (dotyczy szpitala / sanatorium)** | **KIERUNKI LECZNICZE** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Lp.** | **NAZWA I ADRES URZĄDZENIA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO** | **TYP URZĄDZENIA** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

………………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Kierownika Podmiotu

**SPRAWDZIŁ:**

……………………………………………………………………………..

data, pieczątka, podpis Naczelnego Lekarza Uzdrowiska

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lp.** | **NAZWA I ADRES ZAKŁADU / URZĄDZENIA LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO\*** | **RODZAJ ZAKŁADU / TYP URZĄDZENIA** | **LICZBA ŁÓŻEK (dotyczy szpitala / sanatorium)** | **KIERUNKI LECZNICZE** |
|  |  |  |  |  |
| **DATA ZGŁOSZENIA DO EWIDENCJI\*\*** | **DATA WPISU DO EWIDENCJI\*\*** | **DATA WYKREŚLENIA Z EWIDENCJI\*\*** |
|  |  |  |
| **OCENA (SPEŁNIA/ NIE SPEŁNIA/ SPEŁNIA WARUNKOWO)** **WARUNKI KONIECZNE DO REJESTRACJI JAKO** **ZAKŁAD / URZĄDZENIE LECZNICTWA UZDROWISKOWEGO\*\*** | **SPEŁNIA/ NIE SPEŁNIA/ SPEŁNIA WARUNKOWO** |
| **UWAGI NACZELNEGO LEKARZA UZDROWISKA\*\*** |  |
| **DATA / PODPIS NACZELNEGO LEKARZA UZDROWISKA\*\*** |  |

\*wypełnić (skopiować) dla wszystkich zgłoszonych podmiotów oraz zakładów i urządzeń

\*\*wypełnia Naczelny Lekarz Uzdrowiska