

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 obowiązków 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: specjalistka:, 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. współników):

.....

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: