

1631**ROZPORZĄDZENIE MINISTRA SPRAW WEWNĘTRZNYCH I ADMINISTRACJI¹⁾**

z dnia 6 listopada 2007 r.

w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystrę, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego

Na podstawie art. 16 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2005 r. Nr 226, poz. 1943, z późn. zm.²⁾) zarządza się, co następuje:

§ 1. Rozporządzenie określa:

- 1) tryb uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentystrę, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego, zwanego dalej odpowiednio „lekarzem” i „zakładem opieki zdrowotnej MSWiA”;
- 2) wzory dokumentów wymaganych przy realizowaniu specjalizacji.

§ 2. 1. Lekarz może rozpocząć specjalizację w wybranej specjalności, jeżeli posiada prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

2. Lekarz może odbyć specjalizację lub staż kierunkowy w zakładzie opieki zdrowotnej MSWiA, wpisanym na listę prowadzoną przez ministra właściwego do spraw zdrowia, zgodnie z przepisami wydanymi na podstawie art. 16 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

3. Lekarz, za zgodą dyrektora komórki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych, zwanego dalej „Dyrektorem Departamentu”, może odbyć specjalizację lub staż kierunkowy we wpisanej na listę, o której mowa w ust. 2, jednostce organizacyjnej innej niż zakład opieki zdrowotnej MSWiA.

§ 3. 1. Lekarz może odbyć specjalizację odpowiednio:

- 1) na podstawie skierowania do zakładu opieki zdrowotnej MSWiA, w celu odbycia specjalizacji, z jednoczesnym pozostawianiem na dotychczasowym stanowisku służbowym;
- 2) w ramach umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA;

3) w ramach umowy o pracę zawartej na czas trwania specjalizacji z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA;

4) w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego pracownikowi na czas trwania określonej specjalizacji;

5) w ramach umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA, innym niż określony w § 2 ust. 2, zapewniającym realizację części programu specjalizacji w zakresie form pogłębiania i uzupełniania wiedzy teoretycznej oraz doskonalenia i nabywania umiejętności praktycznych, co obejmuje:

a) samokształcenie, w tym napisanie pracy pogładowej lub opublikowanie w recenzowanym czasopiśmie medycznym pracy oryginalnej, której temat odpowiada programowi właściwej specjalizacji,

b) pełnienie dyżurów medycznych, które lekarz jest obowiązany pełnić w czasie realizacji programu odpowiedniej specjalizacji, w liczbie określonej w tym programie, nie mniej niż 3 dyżury w miesiącu,

i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych, udzielanych pracownikowi, a w przypadku lekarza pełniącego służbę — zwolnienia od zajęć służbowych na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu specjalizacji w jednostce organizacyjnej prowadzącej specjalizację lub odpowiednio prowadzącej staż kierunkowy.

2. Lekarz pełniący służbę odbywający specjalizację, w trybie określonym w ust. 1 pkt 1, może pozostawać jednocześnie na stanowisku służbowym, jeżeli godziny odbywania stażu specjalizacyjnego nie kolidują z czasem pełnienia służby. W pozostałych przypadkach lekarz może być zwolniony od zajęć służbowych lub przeniesiony do dyspozycji po uznaniu, że nie sprzeciwia się temu interes służby.

3. W jednostce organizacyjnej, o której mowa w § 2 ust. 3, lekarz może odbyć specjalizację odpowiednio w trybie określonym w ust. 1 pkt 4 lub 5.

§ 4. 1. Lekarz może rozpocząć specjalizację w wybranej specjalności, jeżeli został zakwalifikowany do jej odbywania w wyniku postępowania kwalifikacyjnego, o którym mowa w § 6.

2. W celu przystąpienia do postępowania kwalifikacyjnego lekarz składa wnioski o rozpoczęcie specjalizacji do Dyrektora Departamentu w terminie do dnia 30 kwietnia lub do dnia 30 listopada każdego roku.

¹⁾ Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji kieruje działem administracji rządowej — sprawy wewnętrzne, na podstawie § 1 ust. 2 pkt 3 rozporządzenia Prezesa Rady Ministrów z dnia 18 lipca 2006 r. w sprawie szczegółowego zakresu działania Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji (Dz. U. Nr 131, poz. 919 oraz z 2007 r. Nr 38, poz. 245).

²⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 117, poz. 790, Nr 191, poz. 1410 i Nr 220, poz. 1600 oraz z 2007 r. Nr 123, poz. 849, Nr 166, poz. 1172 i Nr 176, poz. 1238.

3. Lekarz pełniący służbę składa wniosek do Dyrektora Departamentu po uzyskaniu zgody przełożonego.

4. Lekarz zatrudniony w zakładzie opieki zdrowotnej składa wniosek do Dyrektora Departamentu po uzyskaniu zgody pracodawcy na odbywanie specjalizacji.

5. Lekarz ubiegający się o odbywanie specjalizacji składa oświadczenie, że złożył wniosek o rozpoczęcie specjalizacji tylko do Dyrektora Departamentu.

6. Wzór wniosku o rozpoczęcie specjalizacji określa załącznik nr 1 do rozporządzenia.

§ 5. 1. Postępowanie kwalifikacyjne przeprowadzają komisje powołane przez Dyrektora Departamentu, zwane dalej „komisją”, dwa razy w roku w terminach: od dnia 1 grudnia do dnia 31 stycznia i od dnia 1 maja do dnia 30 czerwca.

2. Postępowanie kwalifikacyjne obejmuje ocenę formalną wniosku o rozpoczęcie specjalizacji oraz postępowanie konkursowe.

3. Postępowanie konkursowe obejmuje i uwzględnia:

1) w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w podstawowej dziedzinie medycyny:

a) jeżeli nie posiada odpowiedniej specjalizacji I lub II stopnia bądź tytułu specjalisty — rozmowę kwalifikacyjną oraz wynik Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego,

b) jeżeli posiada odpowiednią specjalizację I lub II stopnia bądź tytuł specjalisty — rozmowę kwalifikacyjną oraz wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji I, II stopnia lub państwowego egzaminu specjalizacyjnego;

2) w przypadku lekarza, który występuje o rozpoczęcie specjalizacji w szczegółowej dziedzinie medycyny — rozmowę kwalifikacyjną oraz wynik egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji.

4. W skład komisji wchodzi lekarze specjaliści z dziedziny medycyny objętej postępowaniem kwalifikacyjnym lub, w uzasadnionych przypadkach, z pokrewnych dziedzin medycyny, a w szczególności:

1) konsultant krajowy lub jego przedstawiciel w danej dziedzinie medycyny, a w uzasadnionych przypadkach w dziedzinie pokrewnej, jako przewodniczący komisji;

2) przedstawiciel Naczelnej Rady Lekarskiej;

3) przedstawiciel właściwego towarzystwa naukowego dla danej dziedziny medycyny;

4) przedstawiciel Dyrektora Departamentu reprezentujący daną dziedzinę medycyny.

§ 6. 1. Do odbywania specjalizacji zostają zakwalifikowani lekarze, w liczbie odpowiadającej liczbie wolnych miejsc przyznanych na dane postępowanie kwalifikacyjne w danej dziedzinie medycyny, w kolejności od najwyższego wyniku uzyskanego w postępowaniu kwalifikacyjnym, z wyjątkiem lekarzy, których komisja nie zakwalifikowała do jej odbywania.

2. Wynik postępowania kwalifikacyjnego stanowi:

1) procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych z rozmowy kwalifikacyjnej i Lekarskiego Egzaminu Państwowego lub Lekarsko-Dentystycznego Egzaminu Państwowego albo egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji — w postępowaniu kwalifikacyjnym dotyczącym specjalizacji podstawowej;

2) procent maksymalnej liczby punktów uzyskanych z rozmowy kwalifikacyjnej i liczby punktów z egzaminu w zakresie odpowiedniej specjalizacji — w postępowaniu kwalifikacyjnym dotyczącym specjalizacji szczegółowej.

3. Maksymalna liczba punktów wynosi:

1) z rozmowy kwalifikacyjnej 15 punktów (3 pytania po 5 punktów);

2) z egzaminu specjalizacyjnego 200 punktów, przy czym:

a) za ocenę 3,0 otrzymuje się 116 punktów,

b) za ocenę 3,1—3,5 otrzymuje się 128 punktów,

c) za ocenę 3,6—3,9 otrzymuje się 140 punktów,

d) za ocenę 4,0 otrzymuje się 152 punkty,

e) za ocenę 4,1—4,5 otrzymuje się 164 punkty,

f) za ocenę 4,6—4,9 otrzymuje się 176 punktów,

g) za ocenę 5,0 otrzymuje się 188 punktów,

h) za ocenę 5,0 z wyróżnieniem otrzymuje się 200 punktów.

4. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego ocenę za test stanowiący część składową egzaminu specjalizacyjnego I lub II stopnia — lekarzowi przyznaje się 140 punktów za zaliczenie testu.

5. W przypadku braku dokumentu potwierdzającego uzyskanie oceny za egzamin specjalizacyjny I lub II stopnia — lekarzowi przyznaje się 140 punktów za posiadanie I lub II stopnia specjalizacji.

6. W przypadku uzyskania przez dwóch lub więcej lekarzy jednakowej liczby punktów kwalifikujących ich do odbywania specjalizacji, w ramach postępowania kwalifikacyjnego przeprowadza się dodatkową rozmowę kwalifikacyjną.

7. Od decyzji komisji, o których mowa w ust. 1, lekarz może odwołać się do ministra właściwego do spraw wewnętrznych w terminie 14 dni od dnia zakończenia postępowania kwalifikacyjnego.

8. Decyzja ministra właściwego do spraw wewnętrznych dotycząca odwołania, o którym mowa w ust. 7, jest ostateczna.

§ 7. 1. Po zakończeniu postępowania kwalifikacyjnego Dyrektor Departamentu kieruje lekarza do odbywania specjalizacji w wybranej przez niego jednostce organizacyjnej w ramach posiadanych przez nią wolnych miejsc szkoleniowych w danej dziedzinie medycyny.

2. Lekarzowi, który został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji, Dyrektor Departamentu wydaje:

1) skierowanie do odbywania specjalizacji w określonej jednostce organizacyjnej ze wskazaniem trybu i okresu jej odbywania;

- 2) kartę szkolenia specjalizacyjnego, której wzór określa załącznik nr 2 do rozporządzenia;
- 3) indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych, którego wzór określa załącznik nr 3 do rozporządzenia;
- 4) informację o obowiązującym programie specjalizacji, zatwierdzonym przez ministra właściwego do spraw zdrowia.

3. Skierowanie do jednostki organizacyjnej, o której mowa w § 2 ust. 3, dla lekarza, który przeszedł postępowanie kwalifikacyjne w komórce organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych, wydaje Dyrektor Departamentu, po uzyskaniu zgody odpowiednio jednostki organizacyjnej podległej wojewodzie, zajmującej się kształceniem podyplomowym pracowników ochrony zdrowia, lub szefa komórki właściwej do spraw służby zdrowia Ministerstwa Obrony Narodowej w odniesieniu do jednostek organizacyjnych utworzonych przez Ministra Obrony Narodowej.

§ 8. W karcie szkolenia specjalizacyjnego Dyrektor Departamentu wskazuje lekarzowi, który został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji, termin rozpoczęcia specjalizacji oraz właściwą do odbycia specjalizacji jednostkę organizacyjną, uwzględniając:

- 1) wyniki postępowania kwalifikacyjnego;
- 2) miejsce zatrudnienia;
- 3) wstępną akceptację kierownika zakładu opieki zdrowotnej, w którym lekarz będzie odbywał specjalizację.

§ 9. 1. Dyrektor Departamentu powiadamia okręgową izbę lekarską, której lekarz jest członkiem, o rozpoczęciu przez niego specjalizacji.

2. Dyrektor Departamentu przekazuje do Centrum Medycznego Kształcenia Podyplomowego, po przeprowadzonych postępowaniach kwalifikacyjnych, aktualne informacje o lekarzach odbywających specjalizację.

§ 10. Dyrektor Departamentu prowadzi rejestr lekarzy odbywających specjalizację w zakładach opieki zdrowotnej MSWiA, zgodnie z systemem ewidencyjno-informatycznym, określonym w § 23 ust. 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia, o którym mowa w § 15.

§ 11. Zadania odpowiednie do zadań realizowanych przez Wojewódzkie Centrum Zdrowia Publicznego i kierownika Wojewódzkiego Centrum Zdrowia Publicznego, zgodnie z § 28 rozporządzenia Ministra Zdrowia, o którym mowa w § 15, w stosunku do lekarzy pełniących służbę lub zatrudnionych w zakładach opieki zdrowotnej MSWiA realizuje Dyrektor Departamentu.

§ 12. 1. Lekarz przed przystąpieniem do państwowego egzaminu specjalizacyjnego, zwanego dalej „PES”, składa do Dyrektora Departamentu następujące dokumenty:

- 1) wniosek o przystąpienie do PES;
- 2) kartę szkolenia specjalizacyjnego oraz indeks wykonanych zabiegów i procedur medycznych.

2. Dokumenty, o których mowa w ust. 1, wraz ze szczegółowym planem albo indywidualnym

harmonogramem odbywania specjalizacji, lekarz może złożyć w jednym z dwóch terminów:

- 1) do dnia 31 lipca lub
- 2) do dnia 31 grudnia każdego roku kalendarzowego, jednakże w terminie nie dłuższym niż 12 miesięcy od dnia zaliczenia szkolenia specjalizacyjnego przez kierownika specjalizacji.

3. W przypadku PES w dziedzinie urologii, dokumenty, o których mowa w ust. 1, wraz ze szczegółowym planem albo indywidualnym harmonogramem odbywania specjalizacji, lekarz może złożyć na trzy miesiące przed terminem PES ustalonym w danej sesji przez konsultanta krajowego w dziedzinie urologii.

4. Dyrektor Departamentu po stwierdzeniu, że dokumenty, o których mowa w ust. 1, spełniają warunki formalne, przekazuje je niezwłocznie do Centrum Egzaminów Medycznych, nie później jednak niż w ciągu 14 dni od ich otrzymania, oraz zawiadamia Centrum Egzaminów Medycznych o liczbie przyjętych zgłoszeń.

§ 13. 1. Lekarzowi, który uzyskał tytuł specjalisty w określonej dziedzinie medycyny po odbyciu szkolenia i złożeniu PES z wynikiem pozytywnym, Centrum Egzaminów Medycznych wydaje dyplom i przekazuje jego kopię Dyrektorowi Departamentu.

2. Do przechowywania, przez Dyrektora Departamentu, dokumentacji dotyczącej szkolenia specjalizacyjnego lekarzy oraz kopii dyplomu PES stosuje się przepisy wydane na podstawie art. 5 ust. 3 pkt 5 i art. 6 ust. 1 pkt 1 i 2 ustawy z dnia 14 lipca 1983 r. o narodowym zasobie archiwalnym i archiwach (Dz. U. z 2006 r. Nr 97, poz. 673, z późn. zm.³⁾).

§ 14. Lekarz, który na podstawie dotychczasowych przepisów rozporządzenia został zakwalifikowany do odbywania specjalizacji w podstawowej lub szczegółowej dziedzinie medycyny, odbywa ją zgodnie z programem specjalizacji i okresem jej trwania, określonymi przepisami Ministra Zdrowia regulującymi program specjalizacji i okres jej trwania.

§ 15. W sprawach nieuregulowanych niniejszym rozporządzeniem zastosowanie mają przepisy rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779 oraz z 2007 r. Nr 13, poz. 85).

§ 16. Traci moc rozporządzenie Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji z dnia 17 kwietnia 2000 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza będącego żołnierzem w czynnej służbie wojskowej, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej tworzonym przez ministra właściwego do spraw wewnętrznych (Dz. U. Nr 31, poz. 389).

§ 17. Rozporządzenie wchodzi w życie po upływie 14 dni od dnia ogłoszenia.

Minister Spraw Wewnętrznych i Administracji:

W. Stasiak

³⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2006 r. Nr 104, poz. 708, Nr 170, poz. 1217 i Nr 220, poz. 1600 oraz z 2007 r. Nr 64, poz. 426.

Załączniki do rozporządzenia Ministra
Spraw Wewnętrznych i Administracji
z dnia 6 listopada 2007 r. (poz. 1631)

Załącznik nr 1**WZÓR****WNIOSEK
O ROZPOCZĘCIE SPECJALIZACJI**

w dziedzinie

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

1. Imię (imiona) i nazwisko
2. Tytuł zawodowy
3. Obywatelstwo
4. Numer PESEL, data i miejsce urodzenia
5. Miejsce stałego zameldowania
6. Adres do korespondencji, telefon
7. Staż podyplomowy/praktyka przygotowawcza lekarsko-dentystyczna* zakończona w dniu
8. Egzamin państwowy kończący staż podyplomowy złożony w dniu
ocena
9. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty* nr wydane przez
w dniu numer seryjny dokumentu
10. Członek okręgowej/wojskowej* izby lekarskiej w
nr rejestracyjny
11. Miejsce wykonywania zawodu
(nazwa jednostki organizacyjnej, adres, stanowisko)
12. Miejsce odbywania studiów doktoranckich
(podmiot prowadzący, adres, temat pracy, w ramach stypendium, urlopu szkoleniowego, urlopu bezpłatnego)
13. Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej
14. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data i nr dyplomu, podmiot wydający)
15. Posiadany stopień naukowy:
nadany przez w dniu
tytuł pracy doktorskiej, habilitacyjnej
16. Przynależność do medycznych towarzystw naukowych (nazwa towarzystwa naukowego, od kiedy — rok)
.....
17. Liczba publikacji (wykaz w załączeniu)
18. Wnioskuje o odbywanie specjalizacji:
 - na podstawie skierowania do zakładu opieki zdrowotnej MSWiA, w celu odbycia specjalizacji, z jednoczesnym pozostawaniem na dotychczasowym stanowisku służbowym,
 - w ramach umowy o pracę zawartej na czas nieokreślony z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA prowadzącym specjalizację,
 - w ramach umowy o pracę zawartej na czas trwania specjalizacji z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA prowadzącym specjalizację,
 - w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielanego pracownikowi na czas trwania określonej specjalizacji, na podstawie odrębnych przepisów,

— w ramach umowy o pracę, zawartej na czas nieokreślony z zakładem opieki zdrowotnej MSWiA, innym niż określony w § 2 ust. 2 rozporządzenia z dnia 6 listopada 2007 r. w sprawie trybu uzyskiwania tytułu specjalisty przez lekarza i lekarza dentyście, pełniącego służbę lub zatrudnionego w zakładzie opieki zdrowotnej, w stosunku do którego minister właściwy do spraw wewnętrznych pełni funkcję organu założycielskiego (Dz. U. Nr 219, poz. 1631), zapewniającym realizację części programu specjalizacji w zakresie form, o których mowa w § 3 ust. 1 pkt 5 rozporządzenia, i w ramach płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych pracownikowi na czas niezbędny do zrealizowania pozostałej części programu specjalizacji w jednostce organizacyjnej prowadzącej specjalizację lub odpowiednio prowadzącej staż kierunkowy.*

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć wnioskującego)

* Właściwe podkreślić.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych na potrzeby odbywania specjalizacji lekarskich i lekarsko-dentystycznych zgodnie z ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926, z późn. zm.¹⁾).

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć wnioskującego)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA WPISANA NA LISTĘ JEDNOSTEK PROWADZĄCYCH SPECJALIZACJĘ

.....
(data)

.....
(nazwa komórki prowadzącej specjalizację)

Akceptuję odbywanie specjalizacji w ramach wolnych miejsc szkoleniowych przez Pana/Panią

.....
(podpis i pieczęć kierownika komórki organizacyjnej)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

WYPEŁNIA JEDNOSTKA ORGANIZACYJNA ZATRUDNIAJĄCA LEKARZA

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie
przez Pana/Panią
na podstawie skierowania do zakładu opieki zdrowotnej MSWiA z jednoczesnym pozostawianiem na dotychczasowym stanowisku służbowym

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie
przez Pana/Panią
w ramach umowy o pracę na czas nieokreślony/określony okresem trwania specjalizacji zawartej z wyżej wymienionym(ną) przez

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

¹⁾ Zmiany tekstu jednolitego wymienionej ustawy zostały ogłoszone w Dz. U. z 2002 r. Nr 153, poz. 1271, z 2004 r. Nr 25, poz. 219 i Nr 33, poz. 285, z 2006 r. Nr 104, poz. 708 i 711 oraz z 2007 r. Nr 165, poz. 1170 i Nr 176, poz. 1238.

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie

Przez Pana/Panią

w ramach umowy o pracę na czas nieokreślony zawartej z Panem/Panią przez

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej zatrudniającej lekarza)

oraz płatnych urlopów szkoleniowych udzielanych Panu/Pani zgodnie z programem specjalizacji, na wniosek kierownika specjalizacji

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika jednostki organizacyjnej)

Wyrażam zgodę na odbywanie specjalizacji w dziedzinie

Przez Pana/Panią

w ramach płatnego urlopu szkoleniowego udzielonego na okres trwania specjalizacji

.....
(nazwa podmiotu zatrudniającego lekarza)

.....
(data)

.....
(podpis i pieczęć kierownika)

WYPEŁNIA DEPARTAMENT ZDROWIA MSWiA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE POSTĘPOWANIA KWALIFIKACYJNEGO

W wyniku postępowania kwalifikacyjnego przeprowadzonego w okresie

Pan/Pani uzyskał(a) liczbę punktów

stanowiącą% ogólnej możliwej do uzyskania liczby punktów i został(a)/nie został(a)

zakwalifikowany(a) do odbywania specjalizacji w dziedzinie

w trybie

.....
(data)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ODBYWANIA SPECJALIZACJI

Nr wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację w zakładach opieki zdrowotnej MSWiA

Pan/Pani został(a) skierowany(a) do odbywania specjalizacji w ramach wolnych miejsc szkoleniowych do

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

w dniu

.....
(podpis osoby upoważnionej)

Pan/Pani odbył(a) specjalizację w okresie od do

w

.....
(nazwa jednostki organizacyjnej i komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

pod kierunkiem

.....
(imię i nazwisko, specjalizacja i stanowisko kierownika specjalizacji)

Okres przedłużenia specjalizacji od do

POTWIERDZENIE ZAKOŃCZENIA SPECJALIZACJI w dniu
Egzamin państwowy złożony w dniu

.....
(podpis osoby upoważnionej)

Adnotacje o skreśleniu z rejestru lekarzy odbywających specjalizację w zakładach opieki zdrowotnej MSWiA
Pan/Pani wpisany(a) do rejestru pod numerem został(a) skreślony(a)
z rejestru lekarzy odbywających specjalizację w zakładzie opieki zdrowotnej MSWiA w dniu

.....
.....
(przyczyna skreślenia)

.....
(podpis osoby upoważnionej)

WZÓR

.....
(pieczęć komórki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych)

| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

nr wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację w zakładzie opieki zdrowotnej MSWiA

KARTA SZKOLENIA SPECJALIZACYJNEGO NR/..... r. w dziedzinie

Sposób odbywania specjalizacji

DANE OSOBOWE

1. Imię i nazwisko
2. Nr PESEL data urodzenia
3. Miejsce zamieszkania
tel.
4. Tytuł zawodowy
5. Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyści* nr
wydane przez w dniu
6. Członek okręgowej izby lekarskiej w
nr rejestracyjny
7. Posiadane specjalizacje (nazwa, stopień, data uzyskania)
8. Nazwa i adres jednostki oraz komórki organizacyjnej prowadzącej specjalizację:
.....
9. Okres szkolenia: od dnia
do dnia

.....
(podpis i pieczęć dyrektora komórki organizacyjnej realizującej zadania z zakresu spraw zakładów opieki zdrowotnej urzędu obsługującego ministra właściwego do spraw wewnętrznych)

.....
(data)

* Właściwe podkreślić.

10. Imię i nazwisko kierownika specjalizacji
nazwa posiadanej specjalizacji, stopień naukowy, stanowisko
.....
11. Data rozpoczęcia specjalizacji

.....
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....
(podpis i pieczęć kierownika
jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

12. Adnotacja o przedłużeniu czasu trwania specjalizacji do dnia
.....
przyczyna przedłużenia
.....
.....

.....
(podpis i pieczęć kierownika specjalizacji)

.....
(podpis i pieczęć kierownika
jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)

UWAGI

REALIZACJA PROGRAMU SPECJALIZACJI**I. ROK SZKOLENIA****1. Kurs wprowadzający:**Nazwa podmiotu prowadzącego kurs
.....potwierdzenie odbycia i zaliczenia kursu
..........
(data).....
(podpis kierownika kursu)**2. Kursy szkoleniowe:**Nazwa podmiotu prowadzącego kurs
.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu
..........
(data).....
(podpis kierownika kursu)Nazwa podmiotu prowadzącego kurs
.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu
..........
(data).....
(podpis kierownika kursu)Nazwa podmiotu prowadzącego kurs
.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu
..........
(data).....
(podpis kierownika kursu)**3. Staże kierunkowe:**

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy
.....nazwa komórki organizacyjnej
.....potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
.....

ocena

.....
(data).....
(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
 okres
 nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

 nazwa komórki organizacyjnej

 potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
 ocena

 (data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie
 okres
 nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

 nazwa komórki organizacyjnej

 potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego
 ocena

 (data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

4. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

 (data) (podpis kierownika specjalizacji)

5. Formy samokształcenia
 rodzaj

 w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji — w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

 (data) (podpis kierownika specjalizacji)

6. Dyżury medyczne
 komórka organizacyjna
 liczba dyżurów

 (data) (podpis kierownika specjalizacji)

7. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

 (data) (podpis kierownika specjalizacji)

Uwagi

II. ROK SZKOLENIA**1. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data)

.....

(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data)

.....

(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data)

.....

(podpis kierownika kursu)

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data)

.....

(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres.....

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data)

.....

(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....

.....

.....

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji — w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna

liczba dyżurów

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

III. ROK SZKOLENIA**1. Kursy szkoleniowe:**

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data)

.....

(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data)

.....

(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data)

.....

(podpis kierownika kursu)

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data)

.....

(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data)

.....

(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....
(data)

.....
(podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji — w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....
(data)

.....
(podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna

liczba dyżurów

.....
(data)

.....
(podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

IV. ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....
(data)

.....
(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....
(data)

.....
(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....
nazwa komórki organizacyjnej

.....
potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....
(data)

.....
(podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji — w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....
(data)

.....
(podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna

liczba dyżurów

.....
(data)

.....
(podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....
(data)

.....
(podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

V. ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data)

.....

(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data)

.....

(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....

(data)

.....

(podpis kierownika kursu)

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data)

.....

(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

(data)

.....

(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....

.....

.....

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji — w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna.....

liczba dyżurów.....

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

.....

..... (data)

..... (podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

VI. ROK SZKOLENIA

1. Kursy szkoleniowe:

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

Nazwa podmiotu prowadzącego kurs

.....

temat

potwierdzenia odbycia i zaliczenia kursu

.....
(data)

.....
(podpis kierownika kursu)

2. Staże kierunkowe:

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....
(data)

.....
(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....
(data)

.....
(podpis kierownika stażu kierunkowego)

Staż kierunkowy w zakresie

okres

nazwa podmiotu prowadzącego staż kierunkowy

.....

nazwa komórki organizacyjnej

.....

potwierdzenie odbycia i zaliczenia stażu kierunkowego

..... ocena

.....

..... (data) (podpis kierownika stażu kierunkowego)

3. Szkolenie oraz uczestniczenie w wykonywaniu i wykonanie zabiegów i procedur medycznych określonych w indeksie zabiegów i procedur medycznych

.....

.....

.....

..... (data) (podpis kierownika specjalizacji)

4. Formy samokształcenia

rodzaj

.....

w przypadku opracowania prac poglądowych, doniesień lub publikacji — w załączeniu tytuł pracy poglądowej, doniesienia i wydawnictwa

.....

..... (data) (podpis kierownika specjalizacji)

5. Dyżury medyczne

komórka organizacyjna

liczba dyżurów

.....

..... (data) (podpis kierownika specjalizacji)

6. Spełnienie wymagań określonych w programie specjalizacji:

.....

.....

.....

..... (data) (podpis kierownika specjalizacji)

UWAGI

Kolokwium z zakresu zdrowia publicznego przeprowadzone na podstawie § 5 ust. 1 pkt 2 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 20 października 2005 r. w sprawie specjalizacji lekarzy i lekarzy dentyistów (Dz. U. Nr 213, poz. 1779, z późn. zm.)

Podmiot przeprowadzający kolokwium

.....

.....

..... (ocena)

.....

..... (data) (podpis przeprowadzającego kolokwium)

WZÓR

**INDEKS WYKONANYCH
ZABIEGÓW I PROCEDUR
MEDYCZNYCH**

Nr/.....

zewnątrzna strona okładki

INSTRUKCJA

Lekarz odbywający specjalizację wpisuje do indeksu wykonane z asystą oraz te, w których uczestniczy jako asysta, zabiegi i procedury medyczne określone programem specjalizacji lub stażu kierunkowego.

Zabieg lub procedurę medyczną należy wpisać do indeksu według następującego wzoru:

- 1) numer wpisu do rejestru lekarzy i lekarzy dentyków odbywających specjalizację w zakładzie opieki zdrowotnej MSWiA,
- 2) nazwa stażu szkoleniowego,
- 3) kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej: wykonanej z asystą lub pod nadzorem kierownika specjalizacji albo lekarza specjalisty przez niego wyznaczonego – oznaczonych kodem „A”, w których lekarz uczestniczy jako pierwsza asysta – oznaczonych kodem „B”, w których lekarz uczestniczy jako druga asysta – oznaczonych kodem „C”,
- 4) data wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
- 5) miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej,
- 6) wskazania do wykonania zabiegu lub procedury medycznej: planowe/nagłe,
- 7) płeć, wiek pacjenta,
- 8) rozpoznanie przedoperacyjne,
- 9) nazwisko wykonującego zabieg lub procedurę medyczną,
- 10) nazwiska lekarzy biorących udział w zabiegu jako pierwsza, druga lub trzecia asysta,
- 11) rodzaj znieczulenia,
- 12) nazwa zabiegu lub procedury medycznej,
- 13) rozpoznanie pooperacyjne,
- 14) podpis i pieczęć kierownika specjalizacji / kierownika stażu kierunkowego.

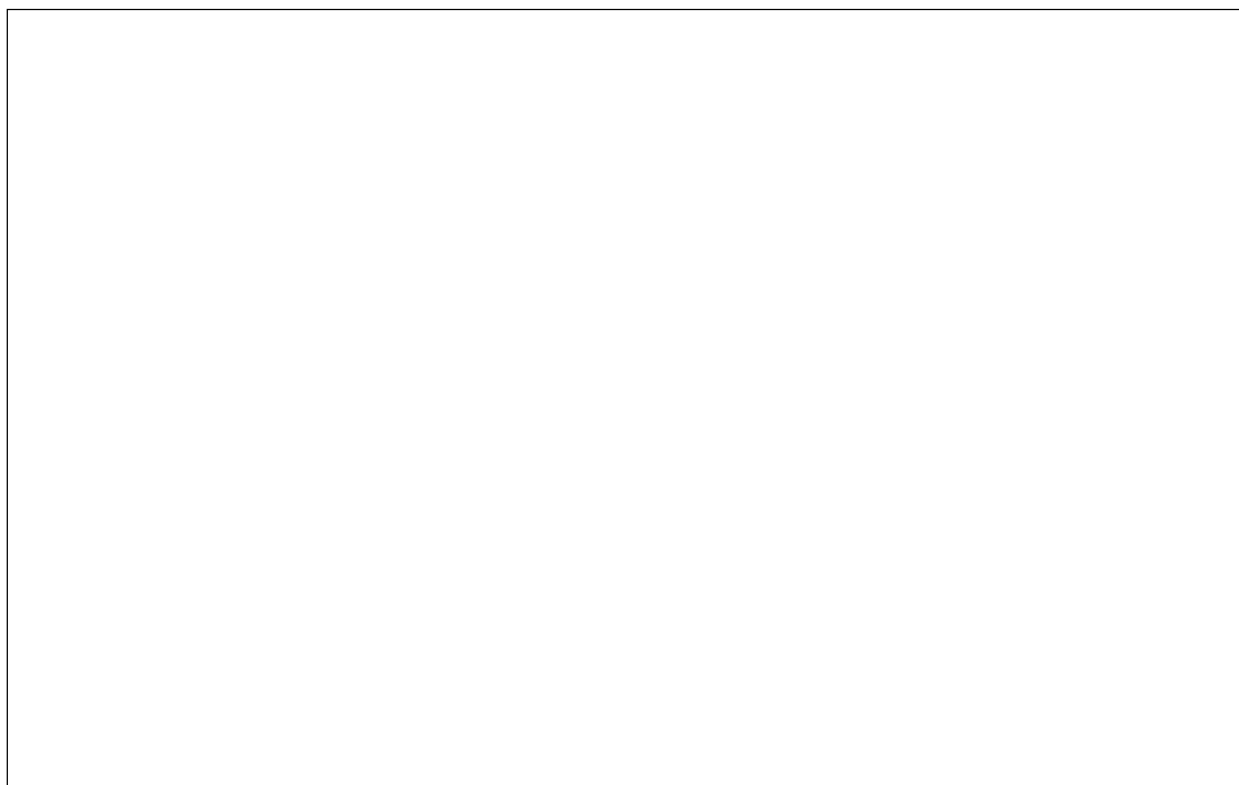
wewnętrzna strona okładki

| |
|--|
| <div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 15px; margin: 0 auto;"></div> <p>nr wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację w zakładzie opieki zdrowotnej MSWiA</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(imię i nazwisko lekarza)</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(dziedzina medycyny)</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(nazwa jednostki organizacyjnej prowadzącej specjalizację)</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(nazwa komórki prowadzącej specjalizację)</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">(imię i nazwisko kierownika specjalizacji)</p> |
|--|

| | | | | |
|--|------|--|--|-----------------------|
| Nr wpisu do rejestru lekarzy odbywających specjalizację w zakładzie opieki zdrowotnej MSWiA | | Nazwa stażu szkoleniowego/kierunkowego | | |
| Kod oznaczenia zabiegu lub procedury medycznej | Data | Miejsce wykonania zabiegu lub procedury medycznej (szpital, oddział) | | |
| Płeć M/K pacjenta | | Wiek pacjenta | | Tryb nagły/planowy |
| Wskazania | | | | |
| Rozpoznanie przedoperacyjne | | | | |
| Nazwa zabiegu/procedury medycznej | | | | |
| Imię i nazwisko wykonującego zabieg/procedurę medyczną | | Imię i nazwisko pierwszej asysty | | |
| Rodzaj znieczulenia | | Imię i nazwisko drugiej i trzeciej asysty | | |
| Rozpoznanie pooperacyjne | | | | |
| Podpis i pieczętka kierownika specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego | | | | Strona nr ... |

| Lp. | Nazwa stażu | Rodzaj zabiegu lub procedury medycznej | Kod ABC – zgodnie z pkt 3 instrukcji | Liczba wykonanych zabiegów lub procedur medycznych |
|-----|-------------|--|--------------------------------------|--|
| | | | | |

strony ostatnie



wewnętrzna i zewnętrzna strona okładki

Wydaje się lekarzowi odbywającemu specjalizację w dziedzinie anestezjologii i intensywnej terapii

| Nr ewidencyjny | Data | Wiek pacjenta | ASA | Rodzaj zabiegu | Technika znieczulenia ¹⁾ | Rodzaj nadzoru ²⁾ |
|----------------|------|---------------|-----|----------------|-------------------------------------|------------------------------|
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |
| | | | | | | |

¹⁾ Technika znieczulenia: **og.** – ogólne, **zo** – zewnątrzoponowe, **pp** – podpajęczynówkowe, **bn** – blokady nerwów.

²⁾ Rodzaje nadzoru: **sam.** – samodzielne, **współ.** – współudział.

.....
(pieczętka i podpis kierownika
specjalizacji/kierownika stażu kierunkowego)

**CENTRUM OBSŁUGI KANCELARII PREZESA RADY MINISTRÓW
WYDZIAŁ WYDAWNICTW I POLIGRAFII**

PRENUMERATA 2008

(Ceny brutto — stawka VAT 7 %)

- Dziennik Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej — 1611 zł**
- Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej Monitor Polski — 488 zł**
- Dziennik Urzędowy Rzeczypospolitej Polskiej Monitor Polski „B” — 3348 zł**
- Dziennik Urzędowy Ministra Edukacji Narodowej — 11 zł**
- Dziennik Urzędowy Ministra Finansów — 181 zł**
- Dziennik Urzędowy Ministra Nauki i Szkolnictwa Wyższego — 132 zł**
- Dziennik Urzędowy Ministra Skarbu Państwa — 17 zł**
- Dziennik Urzędowy Ministra Spraw Wewnętrznych i Administracji — 104 zł**
- Dziennik Urzędowy Ministra Środowiska i Głównego Inspektora Ochrony Środowiska — 138 zł**
- Dziennik Urzędowy Ministra Zdrowia — 144 zł**
- Dziennik Urzędowy Głównego Urzędu Miar — 70 zł**
- Dziennik Urzędowy Urzędu Komunikacji Elektronicznej — 502 zł**
- Służba Pracownicza — 102,72 zł**

(Ceny brutto — stawka VAT 0 %)

- Dziennik Urzędowy Komisji Nadzoru Finansowego — 180 zł**
- Administracja Skarbowa — 492 zł**
- Biuletyn Służb Państwowych — 492 zł**
- Polityka Społeczna — 100 zł**

Cena prenumeraty nie obejmuje załączników

Zamówienie na prenumeratę prosimy składać listownie pod adresem:

**CENTRUM OBSŁUGI KANCELARII PREZESA RADY MINISTRÓW WYDZIAŁ WYDAWNICTW I POLIGRAFII
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa**

faksem 0-22 694-62-06 lub pocztą elektroniczną: dziust@cokprm.gov.pl,
wydawnictwa@cokprm.gov.pl

Dodatkowe informacje można uzyskać pod numerami telefonów: 0-22 694-67-50, 694-67-52
Bezpłatna infolinia 0-800 287-581 (czynna w godz. 7³⁰–15³⁰)

Wydawca: Kancelaria Prezesa Rady Ministrów

Redakcja: Rządowe Centrum Legislacji — Redakcja Dziennika Ustaw Rzeczypospolitej Polskiej
oraz Dziennika Urzędowego Rzeczypospolitej Polskiej „Monitor Polski”,
Al. Ujazdowskie 1/3, 00-583 Warszawa, tel. 0-22 622-66-56

Skład, druk i kolportaż: Wydział Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa, tel.: 0-22 694-67-50, 0-22 694-67-52; faks 0-22 694-62-06
Bezpłatna infolinia: 0-800-287-581 (czynna w godz. 7³⁰–15³⁰)

www.cokprm.gov.pl

e-mail: dziust@cokprm.gov.pl, wydawnictwa@cokprm.gov.pl

DU 0219 2007 wyd.00



5 900248513322 >

Tłoczono z polecenia Prezesa Rady Ministrów w Wydziale Wydawnictw i Poligrafii Centrum Obsługi Kancelarii Prezesa Rady Ministrów,
ul. Powsińska 69/71, 02-903 Warszawa