Nazwa placówki

Dane

Nr rejestrowy

Miejscowość, data

Wojewoda .......- dla podmiotów

Okręgowa Rada Lekarska w ........- dla praktyk

Zawiadamiam niniejszym , że w związku z:

* ogłoszonym stanem zagrożenia epidemicznego,
* wyjątkową dynamiką rozprzestrzeniania się zakażenia wirusem COVID-19 ,
* szczególnym narażeniem rozprzestrzeniania się zakażeń przenoszonych drogą kropelkową , jaki charakteryzuje zabiegi stomatologiczne,
* biorąc również pod uwagę brak możliwości uzupełniania zaopatrzenia w środki ochrony

**podjąłem (podjęłam) decyzję**

o zawieszeniu przyjęć pacjentów w ramach prowadzonej działalności leczniczej w zakresie leczenia stomatologicznego w terminie od ............. do.................2020r.

Nadmieniam, że decyzja ta spowodowana jest wyłącznie względami ochrony pacjentów , personelu i własnej a co za tym idzie przeciwdziała ona wprost rozszerzaniu się zakażenia ww. patogenem. Winno to być uwzględnione w moim prawie do skorzystania z  projektowanych przez władze publiczne działań osłonowych i rekompensat na równi z sytuacjami zawieszenia działalności z tytułu nakazu administracyjnego.

……………………………………………………………………………………….

Podpis kierownika podmiotu/ praktyki