Polska Izba
Informatyki Medycznej

Wniosek o nadanie OID

Dla Podmiotów Leczniczych:

Pełna nazwa: .....

REGON: .....

Ulica, nr domu, nr lokalu: .....

Kod, miejscowość: .....

Adres e-mail: .....

Telefon kontaktowy: .....

Strona www: .....

Nr księgi rejestrowej: .....

Organ rejestrowy (proszę zaznaczyć krzyżykiem w kratce po lewej stronie od nazwy):

	W-02 Wojewoda Dolnośląski		W-18 Wojewoda Podkarpacki
	W-04 Wojewoda Kujawsko-Pomorski		W-20 Wojewoda Podlaski
	W-06 Wojewoda Lubelski		W-22 Wojewoda Pomorski
	W-08 Wojewoda Lubuski		W-24 Wojewoda Śląski
	W-10 Wojewoda Łódzki		W-26 Wojewoda Świętokrzyski
	W-12 Wojewoda Małopolski		W-28 Wojewoda Warmińsko-Mazurski
	W-14 Wojewoda Mazowiecki		W-30 Wojewoda Wielkopolski
	W-16 Wojewoda Opolski		W-32 Wojewoda Zachodniopomorski

Dane osoby zgłaszającej:

Imię i nazwisko: .....

Adres e-mail: .....

Telefon kontaktowy: .....

Oświadczam, że :

- powyższe dane są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym
- wnioskodawca nie otrzymał wcześniej własnego identyfikatora OID

_____ _____

(miejscowość, data) (podpis)