

Sendes til regionen gennem	Forbeholdt regionen
Praktiserende Lægers Organisation Kristianiagade 12 2100 København Ø Eller via e-mail: PLO@dadl.dk	Ydernr.
	Tilmelding/ændringer til yderregistret/ Praksisdeklaration Almen praksis (Ved ændringer udfyldes kun de ændrede informationer) (Efter overenskomst om almen praksis)

Undertegnede læge

ønsker at påtage mig praksis i henhold til overenskomst om almen praksis

Navn	Personnr.
Privatadresse (Vejnavn, husnr., evt. bynavn, postnr. og postdistrikt)	

Anciennitet, specialer m.v.

Nedsat som praktiserende læge siden	År	Speciallæge i almen medicin <input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
-------------------------------------	----	---

Jeg ønsker

At nedsætte mig ved at overtage fra / indtræde efter / dele med:	Læge (pågældendes navn)	<input type="checkbox"/> Praksis <input type="checkbox"/> Praksisdel	
	Konsultationsadresse	Ydernr.	
At nedsætte mig ved i overensstemmelse med tilladelse:	<input type="checkbox"/> Påbegynde en 0-praksis	<input type="checkbox"/> § 16, stk. 7	<input type="checkbox"/> § 19 Generationsskifte <input type="checkbox"/> § 22 Delepraksis

Praksis

Praksisnavn (Max. 35 tegn - til brug for sundhedskort)	CVR-/SE-nr.	
Konsultationsadresse (Vejnavn, husnr., evt. bynavn, postnr. og postdistrikt)	Fra dato	
	Region	
Elektronisk kommunikation	Hjemmeside	Konsultation tlf.
	Evt. e-mail (Alene til administrativt brug)	Tlf.nr. til administrativt brug
Ejerform	<input type="checkbox"/> Enkeltmandspraksis <input type="checkbox"/> Kompagniskabspraksis	<input type="checkbox"/> Samarbejdspraksis
Varetager klinikken uddannelse af læger	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej	

Kompagniskab

(Oplys tillige navne og personnumre på øvrige deltagere herunder ansatte speciallæger, jf. § 20 og § 21)

Navn	Kompagnon (sæt X)	Ansæt speciallæge (sæt X)	Personnr.

Adgangsforhold for praksis

Oplysninger om adgangs- og indretningsmæssige forhold tilgodeser bevægelseshæmmede	Udvendige adgangsforhold	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Toiletfaciliteter	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
	Parkeringsforhold	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej

Medlemsnr. i Lægernes Pensionskasse:

Ansøger

Fuldmagt til indhentelse af børneattest er indsendt til regionen jf. § 12, stk. 2	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nej
---	-----------------------------	------------------------------

Der vedlægges kopi af speciallægeanerkendelse i almen medicin, jf. § 11	Dato og underskrift
---	---------------------

Ønsker du at være medlem af Praktiserende Lægers Organisation	<input type="checkbox"/> Ja <input type="checkbox"/> Nej
Dato og underskrift	

Læs mere om medlemskab af PLO her – <https://www.laeger.dk/PLO-medlemskab>

Hvis du **ikke** ønsker at være medlem af PLO, opkræves et engangsgebyr for PLO's godkendelse af praksishandlen og tilmelding til overenskomsten.

Hvis du **ikke** ønsker medlemskab af PLO, vil du løbende blive opkrævet 2/3 dele af ordinært PLO kontingent. Endvidere skal evt. lokale gebyrer som er fastsat af PLO-regionalt, betales på samme vilkår som gældende for PLO's medlemmer.

OBS Denne side bliver ikke medsendt til regionen.