

**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

| | |
|--------------------------|------------|
| Nr dokumentu | W-2 |
| Data przyjęcia dokumentu | |

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W

DANE EWIDENCYJNE

| | | |
|---|----------------------------------|---|
| Posiadam tytuł | <input type="checkbox"/> LEKARZA | <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY |
| Uzyskany w dniu | <input type="text"/> | na podstawie dyplomu nr |
| wydanego przez | | w dniu |
| <input type="checkbox"/> Ukończyłem staż podyplomowy | | |
| <input type="checkbox"/> Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego odbytego za granicą | | data |
| <input type="checkbox"/> Złożyłem LEP/LDEP | | data |
| Wykonywałem zawód na podstawie ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty | | numer prawa |
| Przyznanego przez OIL w | | w dniu |

| | | |
|---|---|---|
| Nazwisko i imiona | | Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> |
| Nazwisko rodowe | Nazwisko poprzednie | |
| Imię ojca | Imię matki | |
| Data urodzenia (rr-mm-dd) | Miejsce urodzenia | |
| Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne: | Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega | |
| Numer PESEL | Numer NIP | |

Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (orzeczenie)

OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Miejsce i data Podpis

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data Podpis

Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 7a pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Miejsce i data Podpis

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych osobowych, o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i prawie ich poprawiania oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708).

Miejsce i data Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej w celu otrzymywania insertów reklamowych przesyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej oraz innych materiałów i informacji przesyłanych przez okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską.

Miejsce i data Podpis

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

| | | |
|---------------------------|---------|--|
| Województwo | Powiat | Gmina |
| Ulica i nr domu/nr lokalu | | Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| Miejscowość | Telefon | E-mail |

ADRES DO KORESPONDENCJI

| | | |
|---------------------------|---------|--|
| Województwo | Powiat | Gmina |
| Ulica i nr domu/nr lokalu | | Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/> |
| Miejscowość | Telefon | E-mail |

Data Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne* lekarza/lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu* |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu | <input type="checkbox"/> Świadcstwo złożenia LEP/LDEP* |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia decyzji o nadaniu NIP | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| <input type="checkbox"/> „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry” | |

Inne dokumenty

Uwagi:

Oświadczam, że przyjąłem/ą do wiadomości obowiązek **regularnego opłacania składki członkowskiej**

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór
„Prawa wykonywania zawodu lekarza”
„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry”

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Ciągłość wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat
- Brak ciągłości wykonywania zawodu
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu
- Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Rady/Prezydium* ORL

z dnia

Panu/Pani

zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1-3/art. 5 ust. 1-4* w zw. z art. 6 ust. 1, 2 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w rejestrze OIL pod nr

wydano „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” z nr. seryjnym

Nie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

