

WNIOSEK
O PRZYZNANIE OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY
ZGODNIE Z POSIADANYM OBYWATELSTWEM
(DLA LEKARZA CZŁONKA IZBY, KTÓRY UZYSKAŁ OBYWATELSTWO POLSKIE)

Nr dokumentu	W-4A
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Jestem LEKARZEM LEKARZEM DENTYSTĄ

Posiadam ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (stomatologa) na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

Numerem ograniczonego prawa wykonywania zawodu

Numerem rejestru --

Uzyskałem nadanie obywatelstwa polskiego

Nazwisko i imiona

Dotychczasowe obywatelstwo

zachowuje drugie

jeśli tak, to jakie

TAK

NIE

Data uzyskania obywatelstwa polskiego (rr-mm-dd)

Numerem ewidencyjny PESEL

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

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

ADRES DO KORESPONDENCJI

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

Data

Podpis

Uwagi:

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- Kserokopia decyzji Prezydenta RP o nadaniu obywatelstwa polskiego
- Kserokopia dowodu osobistego
- Kserokopia „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty”

Inne dokumenty

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

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numeru rejestru

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

z numerem seryjnym

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza, że:

Spełnia warunki przyznania ograniczonego prawa wykonywania zawodu zgodnie z uzyskanym obywatelstwem polskim

Uwagi:

Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)

Data

Podpis

UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Rady/Prezydium* ORL

z dnia

Pana/Pani

KTÓRY/A UZYSKAŁ/ŁA OBYWATELSTWO POLSKIE

posiadającemu/cej ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

numer

zarejestrowanemu/nej w rejestrze OIL pod numerem

przyznano ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 5 ust. 1, 2 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.)

wydano nowy dokument „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numerem seryjnym

Data

Podpis

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Karta stażu podyplomowego numer

z dnia

Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu stażu podyplomowego odbytego za granicą

z dnia

Data

Podpis

ŚWIADECTWO ZŁOŻENIA LEP/LDEP

Numer

Data wydania

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Zarządzeniem Prezesa ORL w

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/ła skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

przeniesieni do okręgowej izby w

pismo OIL nr

z dnia

zrzeczeniem się ograniczonego prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego – orzeczenie sądu

z dnia

decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utraty obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawienia ograniczonego
prawa wykonywania zawodu
(podstawa)

upływu terminu ważności ograniczonego prawa wykonywania zawodu – ukończenie stażu i złożenie LEP/LDEP

wygaśnięciem terminu ograniczonego prawa wykonywania zawodu

w dniu

śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, aktu zgonu)

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji