

**WNIOSK
O PRYZNANIE 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

Numerem prawa wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--

Numerem rejestru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

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 <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
Miejscowość	Telefon	E-mail				

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina				
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
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"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

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
- Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi:

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 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”

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 Przewodniczącego ORL w

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

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

przeniesiony 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