



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

Nr dokumentu

W-2AData przyjęcia
dokumentu

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W
(DLA LEKARZA-OBYWATELA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UE)

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	na podstawie dyplomu nr
wydanego przez	w	w dniu

<input type="checkbox"/> wykonuję zawód w	od dnia
<small>nazwa państwa</small>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> uzyskałem prawo wykonywania zawodu ww. państwie na podstawie	nr/nr rejestru
<small>nazwa dokumentu</small>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
wydanym przez	w dniu
	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>

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
<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>	<input style="width: 20px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/>
Obywatelstwo państwa UE	Numer paszportu
Informacje uzupełniające	wydany przez:

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

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 umyślne popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz innymi 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, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data

Podpis

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 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

Państwo		Jednostka administracyjna państwa	
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo		Kraj	
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

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

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry / dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne | <input type="checkbox"/> Kserokopia dwóch stron paszportu |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o uzyskaniu kwalifikacji formalnych | <input type="checkbox"/> Świadcstwo zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Świadcstwo, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza z UE |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry | |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | |

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

<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:

- Poświadcza formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentystry
- [Nie figuruje/figuruje] w rejestrze skazanych państwa UE
- Przeciwno wnioskodawcy [nie toczy/toczy] postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- Prawo wykonywania zawodu [nie zostało/zostało] zawieszono
- 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

- zostały uznane kwalifikacje formalne do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry*, zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit b, pkt 3-5, ust. 2/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5a/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5b/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2* oraz art. 6 ust. 1-5 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry oznaczono numerem

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

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

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

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Zarządzenie Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem - - zastał/ła skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

przeniesiony do okręgowej izby w pismo OIL nr z dnia

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

ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego – orzeczenie sądu z dnia

utraty obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE z dniem

pozbawienia prawa wykonywania zawodu (podstawa)

śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, aktu zgonu, dokumentu potwierdzającego zgon) w dniu

Data Podpis przewodniczącego komisji