

WNIOSEK O WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓWOKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W
ORAZ WYDANIE „PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA”
„PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA DENTYSTY”
(DLA LEKARZA, KTÓREGO DANE ZNAJDUJĄ SIĘ W EWIDENCJI)

Nr dokumentu

W-6

Data przyjęcia
dokumentu

DANE EWIDENCYJNE

Jestem

☐ LEKARZEM☐ LEKARZEM DENTYSTĄ☐ Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (stomatologa) na obszarze Rzeczypospolitej Polskiejnumer posiadanego
zaświadczenia o prawie
wykonywania zawodu

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

przyznanego przez Urząd Wojewódzki/OIL

w

data

wydania

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

Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu utraciło ważność z dniem 31 grudnia 2002 r.

☐ Wykonuję zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP bez uzyskania nowego dokumentu określonego w art. 63 ust. 2 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.) od dnia

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

☐ Zaprzestałem/am wykonywać zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP z dniem

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

Nazwisko i imiona

Płeć

K ☐ M ☐

Imię ojca

Imię matki

Nazwisko rodowe

Nazwisko poprzednie

Data urodzenia (rr-mm-dd)

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

Miejsce urodzenia

Obywatelstwo ☐ polskie☐ inne

Stosunek do służby wojskowej

☐ zawodowa☐ czynna☐ rezerwa☐ 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

--

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 -
Miejscowość	Telefon	E-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy -
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|--|
| ☐ Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty | ☐ Dowód zmiany nazwiska |
| ☐ Zaświadczenie o ukończeniu/karta stażu podyplomowego/
/zaświadczenie o ukończeniu praktyki lekarsko-dentystycznej* | ☐ Świadectwa pracy/dokumenty potwierdzające zatrudnienie* |
| ☐ Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty | ☐ Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie
wymogów dotyczących postawy etycznej za granicą |
| ☐ Kserokopia dowodu osobistego lub dwóch pierwszych stron paszportu | ☐ Inne dotyczące wykonywania zawodu za granicą |
| ☐ Orzeczenie o stanie zdrowia | |

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 dentysty”

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- ☐ W aktach izby znajdują się wszystkie wymagane dokumenty
- ☐ Ciągłość pracy w zawodzie lekarza w ostatnich 5 latach
- ☐ Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5 latach
- ☐ W aktach izby brak dokumentów
- ☐ Inne

Uwagi/brakujące dokumenty

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Rady/Prezydium* ORL

z dnia

Rada/Prezydium ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczyć numerem

przyjąć do Izby, wpisać na listę członków i do rejestru OIL pod nr

wydać nowy dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z nr. seryjnym

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				został/ła skreślony/a z rejestru OIL w związku z:	
☐ przeniesiony/a 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	
☐ decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)					
☐ utraty obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE					
☐ pozbawienia prawa wykonywania zawodu (podstawa)					
☐ śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, aktu zgonu)				w dniu	
Data		Podpis przewodniczącego komisji			