

**WNIOSEK O PRYZNANIE OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA STOMATOLOGA, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO REJESTRU OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

Nr dokumentu	W-1
Data przyjęcia dokumentu	

W

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA STOMATOLOGA	
Uzyskany w dniu <input type="text"/>	na podstawie dyplomu nr <input type="text"/>
wydanego przez <input type="text"/>	w dniu <input type="text"/>
Nazwisko i imiona <input type="text"/>	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Imię ojca <input type="text"/>	Imię matki <input type="text"/>
Nazwisko rodowe <input type="text"/>	Nazwisko poprzednie <input type="text"/>
Data urodzenia (rr-mm-dd) <input type="text"/>	Miejsce urodzenia <input type="text"/>
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 <input type="text"/>	Numer NIP <input type="text"/>

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

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

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

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

OŚWIADCZENIE

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o treści art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. nr 133, poz. 883 z późn. zm.) oraz wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy w celu i zakresie określonym uchwałą nr 104/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza stomatologa oraz prowadzenia rejestrów lekarzy (Biul. NRL j.t. Nr 2/61/2001)

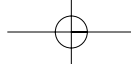
Data <input type="text"/>	Podpis <input type="text"/>
---------------------------	-----------------------------

ZAŁĄCZANE DOKUMENTY

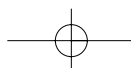
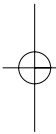
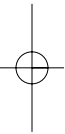
<input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza stomatologa	<input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska
<input type="checkbox"/> Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu	<input type="checkbox"/> Zaświadczenie o stanie zdrowia
<input type="checkbox"/> Kserokopia decyzji o nadaniu NIP	<input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca
Inne	

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór „Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza” z numeru rejestru <input type="text"/>	
„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza stomatologa” z numerem seryjnym <input type="text"/>	
Data <input type="text"/>	Podpis <input type="text"/>



Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu
(dokumentu uprawniającego do pobytu na obszarze RP)



WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Podjął wykonywanie zawodu przed upływem pięciu lat po uzyskaniu dyplomu
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- Spełnia warunki przyznania ograniczonego prawa
- Nie spełnia warunków przyznania ograniczonego prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi/Brakujące dokumenty

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Prezydium ORL

z dnia

Pani/Panu

- zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa oznaczono numerem

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

wydano „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza stomatologa”. z nr. seryjnym

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

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 EGZAMINU PAŃSTWOWEGO

Numer

Data wydania

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Uchwałą Rady/Prezydium ORL w	<input style="width: 100%;" type="text"/>	nr	<input style="width: 100%;" type="text"/>	z dnia	<input style="width: 100%;" type="text"/>
Pani/Pan	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
zarejestrowana/any pod numerem	<input style="width: 100%;" type="text"/>	został/a skreślona/y z rejestru OIL w związku z:			
<input type="checkbox"/> przeniesiony do okręgowej izby w	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Pismo OIL nr	<input style="width: 100%;" type="text"/>	z dnia	<input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> zrzeczeniem się ograniczonego prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego					z dnia <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego – orzeczenie sądu					z dnia <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> decyzją prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)					z dnia <input style="width: 100%;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> pozbawienia ograniczonego prawa wykonywania zawodu (podstawa)	<input style="width: 100%;" type="text"/>				
<input type="checkbox"/> śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL)					w dniu <input style="width: 100%;" type="text"/>
Data	<input style="width: 100%;" type="text"/>	Podpis przewodniczącego komisji	<input style="width: 100%;" type="text"/>		