

**WNIOSEK O PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁNKÓW
ORAZ WPIS DO REJESTRU OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

W

Nr dokumentu

W-2Data przyjęcia
dokumentu**DANE EWIDENCYJNE**

Jestem		☐ LEKARZEM		☐ LEKARZEM DENTYSTĄ	
Posiadam ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty				numer prawa	
Data ukończenia stażu				Data ukończenia egzaminu państwowego	
Nazwisko i imiona					Płeć
					K ☐ M ☐
Imię ojca			Imię matki		
Nazwisko rodowe			Nazwiskopoprzednie		
Data urodzenia (rr-mm-dd)			Miejsce urodzenia		
Obywatelstwo polskie ☐			Stosunek do		
			służby wojskowej ☐ zawodowa ☐ czynna ☐ rezerwa ☐ nie podlega		
Numer PESEL			Numer NIP		

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu	Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	Faks

Data Podpis

OŚWIADCZENIA

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego:

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Data Podpis

Oświadczam, że nie jestem karany oraz, że nie toczy się przeciwko mnie posytpowanie w zakresie odpowiedzialności karnej oraz, że nie zachodzą okoliczności, które w myśl obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz innych przepisów, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarz dentysty (Dz.U. z 2002 Nr 21, poz. 204, z późn. zm.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczpospolitej Polskiej

Data Podpis

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 dentysty oraz prowadzenia rejestrów lekarzy (j.t. Biul. NRL Nr 6/86/2004).

Data Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

„Prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

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

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

Data Podpis

Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|--|
| ☐ Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty | ☐ Świadcstwo zdrowia |
| ☐ Karta stażu podyplomowego / decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu | ☐ Dowód zmiany nazwiska |
| ☐ Świadcstwo złożenia egzaminu państwowego | ☐ Inne |
| ☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu | |

Inne dokumenty

.....

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|---|
| ☐ Ciągłość wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat | Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu) |
| ☐ Brak ciągłości wykonywania zawodu | |
| ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty | |
| ☐ Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu | |
| ☐ Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu | |

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Prezydium ORL

z dnia

Pani/Panu

- ☐ zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1 i 3 oraz art 6 ust. 1 i 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

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

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

- ☐ Nie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty 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

Uchwałą Rady/Prezydium ORL w

nr

z dnia

Pani/Pan

zarejestrowana/any pod numerem

został/a skreślona/y 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

☐

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

☐

utrąty 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