

WNIOSEK O ☐ PRZYZNANIE ☐ PONOWNE PRZYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁNKÓW
ORAZ WPIS DO REJESTRU OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ
W
(DLA LEKARZA NIEPOSIADAJĄCEGO OBYWATELSTWA PAŃSTWA UE)

załącznik nr 10b do regulaminu
(czerwony – PANTONE 1795 U)

Nr dokumentu

W-2b

Data przyjęcia
dokumentu

DANE EWIDENCYJNE

Jestem cudzoziemcem		☐ LEKARZEM	☐ LEKARZEM DENTYSTĄ		
Zamierzam wykonywać zawód		☐ w celach zarobkowych	☐ w celu odbycia szkolenia podyplomowego	☐ w celu odbycia studiów	
Posiadam	☐ ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty	numer prawa		data złożenia egzaminu państwowego	
	☐ prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty	numer prawa		ważne na okres (data)	
Uzyskałem	☐ zezwolenie na zatrudnienie	☐ zgodę na odbycie szkolenia podyplomowego	☐ zgodę na odbycie studiów		

Nazwisko i imiona		Płeć
		K ☐ M ☐
Imię ojca	Imię matki	
Nazwisko rodowe	Nazwiskopoprzednie	
Data urodzenia (rr-mm-dd)		Miejsce urodzenia
Obywatelstwo	Numer paszportu	
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 postępowanie 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 lekarza dentysty (Dz.U. z 2002 Nr 21, poz. 204 j.t. z późn. zm.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej 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”

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

Oświadczam, że przyjąłem/a do wiadomości obowiązki
regularnego opłacania składki członkowskiej

Data

Podpis

Kserokopia paszportu / dokumentu uprawniającego do pobytu na obszarze RP

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| ☐ Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty / dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe | ☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron paszportu |
| ☐ Zaświadczenie o uznaniu równoważności dyplomu | ☐ Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| ☐ Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty | ☐ Świadcstwo zdrowia |
| ☐ Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu | ☐ Dowód zmiany nazwiska |
| ☐ Świadcstwo złożenia egzaminu państwowego | ☐ Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca |
| ☐ Zezwolenie (przyrzeczenia) wojewody na zatrudnienie | ☐ Inne |
| ☐ Zgoda MZ/podmiotu na szkolenie podyplomowe (studia) | |

Inne dokumenty

☐

☐

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|--|
| ☐ Przeciwno wnioskodawcy <u>nie toczy/toczy</u> się postępowanie prowadzone przez rzeczownika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski | ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty |
| ☐ <u>Nie figuruje/figuruje</u> w rejestrze skazanych RP lub innego państwa | ☐ Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu w celu pracy zarobkowej/szkolenia (studiów podyplomowych) |
| ☐ Przeciwno wnioskodawcy <u>nie toczy/toczy</u> się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu | ☐ Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu |
| ☐ Prawo wykonywania zawodu <u>nie zostało/zostało</u> zawieszone | Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu) |
| ☐ Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu | |
| ☐ Brak ciągłości wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat | |
| ☐ Uzyskał zgodę na zatrudnienie/szkolenie (studia) podyplomowe | |
| ☐ Uzyskał prawo pobytu na obszarze RP | |

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Prezydium ORL

z dnia

Pani/Panu

☐ zostało / ponownie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

na podstawie art. 7 ust. 1/art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

☐ bez ograniczeń

☐ z ograniczeniami

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano / ponownie 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)

☐

utraty obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

☐

pozbawienia prawa wykonywania zawodu (podstawa)

☐

wygaśnięcie terminu ważności prawa wykonywania zawodu

w dniu

☐

śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, akt zgonu)

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji