

**WNIOSEK O PRZENIESIENIE I WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO REJESTRU OKRĘGOWEJ IZBY LĘKARSKIEJ**

W

Nr dokumentu

W-3Data przyjęcia
dokumentu

Proszę o przyjęcie do Izby w związku z:

DANE EWIDENCYJNE**Jestem**☐ LEKARZEM☐ LEKARZEM DENTYSTĄ

Jestem członkiem OKRĘGOWEJ IZBY LĘKARSKIEJ w

numerem rejestru

Nazwisko i imiona

numer prawa wykonywania zawodu

przyznany przez

data

numer ograniczonego prawa

OIL w

wydania

Posiadam prawo wykonywania zawodu

☐☐

Ograniczenia prawa wykonywania zawodu (tylko jeżeli są)

PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

Nazwa

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica i nr domu

Telefon

Stanowisko

PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE ZAMIESZKANIA

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon

Faks

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY☐ Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza”☐ Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”☐ Kserokopia „Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza”☐ Kserokopia „Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”☐ Świadectwo ostatniego miejsca pracy☐ Inne

Inne dokumenty

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

z numeru rejestru

„Prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

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

Data

Podpis

Kserokopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|---------------------------|
| ☐ Nie figuruje/figuruje w rejestrze ukaranych | Uwagi/brakujące dokumenty |
| ☐ Przeciwno wnioskodawcy ☐ nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski | |
| ☐ Przeciwno wnioskodawcy ☐ nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu | |
| ☐ Prawo wykonywania zawodu ☐ nie zostało/zostało zawieszone | |
| ☐ Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu lekarza | |
| ☐ Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5-ciu latach | |
| ☐ W aktach izby znajdują się wszystkie wymagane dokumenty | |
| ☐ W aktach izby brak dokumentów | |

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Prezydium ORL

z dnia

Prezydium ORL postanawia w sprawie Pani/Pana

przyjąć do Izby wpisać na listę członków i zarejestrować w rejestrze OIL pod nr

	–		–								
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

☐ bez ograniczeń

☐ z ograniczeniami

Powiadomić OIL w

o przyjęciu do izby
pismem nr

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:

☐

przeniesieniu do okręgowej izby w

Pismo OIL nr

z dnia

☐

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnację z członkowstwa – 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)

☐

wygaśnięciem terminu ważności prawa wykonywania zawodu

w dniu

☐

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

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji