

Nr dokumentu	W-4
Data przyjęcia dokumentu	

Jestem ☐ LEKARZEM ☐ LEKARZEM DENTYSTĄ

Numerem prawa wykonywania zawodu Numerem rejestru --

Nazwisko i imiona		
Dotychczasowe obywatelstwo	zachowuje drugie ☐ TAK ☐ NIE	jeśli tak, to jakie

Data uzyskania obywatelstwa polskiego (rr-mm-dd)	
--	---

Numerem ewidencyjny PESEL	
---------------------------	--

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

Data _____ Podpis _____

☐ Kserokopia decyzji Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o nadaniu obywatelstwa polskiego

☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego

☐ Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry”

Potwierdzam odbiór
„Prawa wykonywania zawodu lekarza”
„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

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

Data		Podpis
------	--	--------

z numeru rejestracji:

z numerem servíny

Kserokopia dowodu osobistego

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

☐ Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu zgodnie z uzyskanym obywatelstwem polskim

☐ Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały **Prezydium ORL**

z dnia

Pani/Pana

KTÓRA/Y UZYSKAŁA/Ł OBYWATELSTWO POLSKIE

posiadającej/emu prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

numer

zarejestrowanej/emu w rejestrze OIL pod numerem

przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 5 ust. 1 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

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

z numerem 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

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)

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

Data Podpis przewodniczącego komisji