

Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Świadcstwo zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o ukończeniu/karta stażu podyplomowego /
zaświadczenie o ukończeniu praktyki lekarsko-dentystycznej | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Świadcstwa pracy/dokumenty potwierdzające zatrudnienie |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu | <input type="checkbox"/> Inne dotyczące wykonywania zawodu za granicą |
| | <input type="checkbox"/> Inne |

Inne dokumenty

.....

.....

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- W aktach izby znajdują się wszystkie wymagane dokumenty
- Ciągłość pracy w zawodzie lekarza w ostatnich 5-ciu latach
- Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5-ciu latach
- W aktach izby brak dokumentów
- Inne

Uwagi/brakujące dokumenty

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Prezydium ORL

z dnia

Prezydium ORL postanawia w sprawie Pani/Pana

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczyć numerem

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

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

z nr. seryjnym

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

