***Załącznik nr 1***

………………………………………..
*(miejscowość, data)*

………………………………………

*(imię i nazwisko)*

…………..…………………………..

*(adres korespondencyjny)*

…………………………..

*(nr tel.)*

**OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA W SZCZECINIE**

**UL. H. WIENIAWSKIEGO 23**

**71-130 SZCZECIN**

|  |
| --- |
| **WNIOSEK O PRZEJĘCIE PRZEZ OKREGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ W SZCZECINIEDOKUMENTACJI MEDYCZNEJ PO ZMARŁYM LEKARZU/ LEKARZU DENTYŚCIE** \***PROWADZĄCYM PRAKTYKĘ ZAWODOWĄ**DANE DOT. ZMARŁEGO LEKARZA / LEARZA DENTYSTY\*imię i nazwisko ………………………………………………………………………………… |
| nr Prawa Wykonywania Zawodu ………………………………………………………specjalizacja ……………………………………………………………………………………… |
|  |
| ADRES POD KTÓRYM ZNAJDUJE SIĘ DOKUMENTACJA MEDYCZNA PODLEGAJĄCA PRZEJĘCIU …………………………………………………………………………………………………………………… |
| RODZAJ DOKUMENTACJI: papierowa/ elektroniczna\* |  |
| SZACUNKOWA ILOŚĆ DOKUMENTACJI (w sztukach/ metrach bieżących) ………………………………. |
|  |
| INNE INFORMACJE ………………………………………. ………………………………………………..  (podpis Wnioskodawcy) *\*niepotrzebne skreślić***Pouczenie:**Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie z siedzibą w Szczecinie przy ul. H. Wieniawskiego 23, 71-130 Szczecin, tel. kontaktowy: 91 487 49 36 (centrala); e-mail: biuro@oil.szczecin.pl. Szczegółowe informacje dotyczące zasad przetwarzania danych osobowych dostępne są na stronie [www.oil.szczecin.pl/w](http://www.oil.szczecin.pl/w) zakładce zasady przetwarzania danych osobowych” . |
|  |