OŚWIADCZENIE   
DOTYCZĄCE AKTUALIZACJI DANYCH KONTAKTOWYCH   
zamieszczanych w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów   
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w SZCZECINIE

Imię ……………………………..……………………….……………………….…………

Nazwisko ……………………………..……………………….……………………….…

Nr Prawa Wykonywania Zawodu ……………………………..………………

Proszę o zamieszczenie w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie następujących DANYCH KONTAKTOWYCH:

ADRES MIEJSCA ZAMELDOWANIA (proszę podać pełny adres)

Kod pocztowy ……………… Miejscowość…………………………..………………………..

Ulica ……………………………………………… Nr domu ……… Nr mieszkania …………

ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę podać pełny adres)

Kod pocztowy ……………… Miejscowość ………………………..………………………….

Ulica …………………………………………………Nr domu ……… Nr mieszkania ………

Telefon komórkowy ……………………………..Adres e-mail ……………………………….

Jednocześnie oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że jestem zobowiązany/a do zawiadamiania Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, której jestem członkiem, o zmianie danych wymienionych w art. 49 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 tj. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę, w terminie 30 dni.

Data ………………………………… Podpis ………………………………………

Podstawa prawna: art. 49 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 tj. ze zm.) (dotyczy zmiany danych osobowych, kontaktowych, uzyskanych specjalizacji, stopni, tytułów naukowych, dokumentów potwierdzających wykonywanie zawodu)