

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

Nr dokumentu

**W-3**Data przyjęcia  
dokumentu

W .....

Proszę o przyjęcie do Izby w związku z:

**DANE EWIDENCYJNE**

Jestem

 LEKARZEM LEKARZEM DENTYSTĄ

Jestem członkiem OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

numerem rejestru

w .....

Nazwisko i imiona

 numer prawa wykonywania zawodu numer ograniczonego prawa  
wykonywania zawoduprzyznanym przez  
OIL w .....

data

wydania 

Posiadam prawo wykonywania zawodu

 bez ograniczeń z ograniczeniami

Ograniczenia prawa wykonywania zawodu

**PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU**

Nazwa zakładu opieki zdrowotnej

Miejscowość

Kod pocztowy 

Ulica i nr domu

Telefon

Przewidywane miejsce prowadzenia praktyki lekarskiej

Miejscowość

Kod pocztowy 

Ulica i nr domu

Telefon

**PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE ZAMELDOWANIA**

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy 

Miejscowość

Telefon

Faks

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy 

Miejscowość

Telefon

Faks

Data

Podpis

Uwagi:

### ZALĄCZONE 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/zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich

Inne dokumenty . . . . .

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

Data

Podpis

### POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

z numeru rejestru

<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	---	----------------------	---	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

- „Prawa wykonywania zawodu lekarza”
- „Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”
- „Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza”
- „Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

Data

Podpis

# WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

## Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Nie figuruje/figuruje w rejestrze ukaranych lekarzy
- 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 zawieszono
- Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu lekarza
- Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5 latach
- W aktach izby znajdują się wszystkie wymagane dokumenty
- W aktach izby brak dokumentów

Uwagi/brakujące dokumenty

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

## UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM\* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W .....

Numer Uchwały Rady/Prezydium\* ORL

z dnia

Rada/Prezydium ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

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

Zarządzeniem Przewodniczącego ORL w

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/ła skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

przeniesieni 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)

upływem terminu ważności ograniczonego prawa wykonywania zawodu

wygaśnięciem terminu ważności prawa wykonywania zawodu

w dniu

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

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji