

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

Państwo		Jednostka administracyjna państwa	
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu			Kod pocztowy
Miejscowość	Telefon	E-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo		Kraj	
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu			Kod pocztowy
Miejscowość	Telefon	E-mail	

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty | <input type="checkbox"/> Kserokopia paszportu |
| <input type="checkbox"/> Kopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w państwie członkowskim UE | <input type="checkbox"/> Świadectwo zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o wykonywaniu zawodu 3/5 lat | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza z UE |
| <input type="checkbox"/> „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty” | |
| <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Zdrowia o skierowaniu na staż adaptacyjny/przystąpieniu do testu umiejętności* | |
| <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Zdrowia potwierdzająca uznanie kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty* | |

Inne dokumenty

Uwagi:

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

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

„Prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Poświadcza uznanie kwalifikacji lekarza/lekarza dentystry przez Ministra Zdrowia
- Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych państwa UE
- Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszono
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu
- Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Rady/Prezydium* ORL

z dnia

Panu/Pani

- zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5c ust. 1 w zw. z art. 5 ust. 1 pkt 1 i 3-5, ust. 2 oraz art 6 ust. 1, 5 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w rejestrze OIL pod nr

wydano „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” z nr. seryjnym

- Nie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

--

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Zarządzenie Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem - - zastał/ła skreślony/a 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

utraty obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE z dniem

pozbawienia prawa wykonywania zawodu (podstawa)

śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, aktu zgonu, dokumentu potwierdzającego zgon) w dniu

Data Podpis przewodniczącego komisji