

**WNIOSEK O WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W
ORAZ WYDANIE „PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA”
„PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA DENTYSTY”
(DLA LEKARZA, KTÓREGO DANE ZNAJDUJĄ SIĘ W EWIDENCJI)

Nr dokumentu	W-6
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Jestem	<input type="checkbox"/> LEKARZEM	<input type="checkbox"/> LEKARZEM DENTYSTĄ
<input type="checkbox"/> Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (stomatologa) na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej		
numer posiadanego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	<input type="text"/> - <input type="text"/>	przyznanego przez Urząd Wojewódzki/OIL w data wydania <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu utraciło ważność z dniem 31 grudnia 2002 r.		
<input type="checkbox"/> Wykonuję zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP bez uzyskania nowego dokumentu określonego w art. 63 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) od dnia <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		
<input type="checkbox"/> Zaprzestałem/am wykonywać zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP z dniem <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>		

Nazwisko i imiona		Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Imię ojca	Imię matki	
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie	
Data urodzenia (rr-mm-dd) <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne	Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega	
Numer PESEL <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Numer NIP <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"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (orzeczenie)

OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Miejsce i data Podpis

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data Podpis

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych osobowych, o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i prawie ich poprawiania oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708).

Miejsce i data Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej w celu otrzymywania insertów reklamowych przesyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej oraz innych materiałów i informacji przesyłanych przez okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską.

Miejsce i data Podpis

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o ukończeniu/karta stażu poddyplomowego/
/zaświadczenie o ukończeniu praktyki lekarsko-dentystycznej* | <input type="checkbox"/> Świadczenia pracy/dokumenty potwierdzające zatrudnienie* |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie
wymogów dotyczących postawy etycznej za granicą |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dowodu osobistego lub dwóch pierwszych stron paszportu | <input type="checkbox"/> Inne dotyczące wykonywania zawodu za granicą |
| <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia | |

Inne dokumenty

Uwagi:

Oświadczam, że przyjąłem/ą 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:

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

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

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczyć numerem

przyjąć do Izby, wpisać na listę członków i do rejestru 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

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

przeniesiony/a 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)

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

Data Podpis przewodniczącego komisji