

**WNIOSEK
O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY
ZGODNIE Z POSIADANYM OBYWATELSTWEM**

(DLA LEKARZA CZŁONKA IZBY, KTÓRY UZYSKAŁ OBYWATELSTWO POLSKIE)

Nr dokumentu

W-4

Data przyjęcia dokumentu

DANE EWIDENCYJNE

Jestem

 LEKARZEM LEKARZEM DENTYSTĄ

Numerem prawa wykonywania zawodu

--	--	--	--	--	--	--	--

Numerem rejestru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko i imiona

Dotychczasowe obywatelstwo

zachowuje drugie

jeśli tak, to jakie

 TAK NIE

Data uzyskania obywatelstwa polskiego (rr-mm-dd)

--	--	--	--	--	--	--	--

Numerem ewidencyjny PESEL

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA

Województwo	Powiat	Gmina				
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
Miejscowość	Telefon	E-mail				

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina				
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <table border="1"> <tr> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> <td style="width: 20px; height: 20px;"></td> </tr> </table>				
Miejscowość	Telefon	E-mail				

Data

--

Podpis

--

Uwagi:

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

Kserokopia decyzji Prezydenta RP o nadaniu obywatelstwa polskiego

Kserokopia dowodu osobistego

Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry”

Inne dokumenty

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

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

„Prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentystry”

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu zgodnie z uzyskanym obywatelstwem polskim

Uwagi:

Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)

Data

Podpis

UCHWAŁĄ RADY/PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Rady/Prezydium* ORL

z dnia

Pana/Pani

KTÓRY/A UZYSKAŁ/LA OBYWATELSTWO POLSKIE

posiadającemu/ej prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

numer

zarejestrowanemu/ej w rejestrze OIL pod numerem

przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 5 ust. 1-3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

wydano nowy dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numerem seryjnym

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

