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

Nr dokumentu	W-3
Data przyjęcia dokumentu	

W . . . . . .

☐ ☐

Jestem członkiem OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w . . . . . numerem rejestru ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐

Nazwisko i imiona

☐ numer prawa wykonywania zawodu

☐ numer ograniczonego prawa wykonywania zawodu ☐☐☐☐☐☐ przyznanym przez OIL w . . . . . data wydania ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Posiadam prawo wykonywania zawodu ☐ bez ograniczeń ☐ z ograniczeniami

Ograniczenia prawa 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

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy ☐☐–☐☐☐
Miejscowość	Telefon	Faks

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy ☐☐–☐☐☐
Miejscowość	Telefon	Faks

Data

Podpis

☐ 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 przyjęłam/ałem do wiadomości obowiązek

Data Podpis

Potwierdzam odbiór z numeru rejestru ☐☐–☐☐–☐☐☐☐☐☐☐

Data Podpis

☐ Nie figuruje/figuruje w rejestrze ukaranych lekarzy
☐ Przeciwko wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski
☐ Przeciwko wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
☐ Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszone
☐ 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

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

. . . . . .

Numer Uchwały /

z dnia

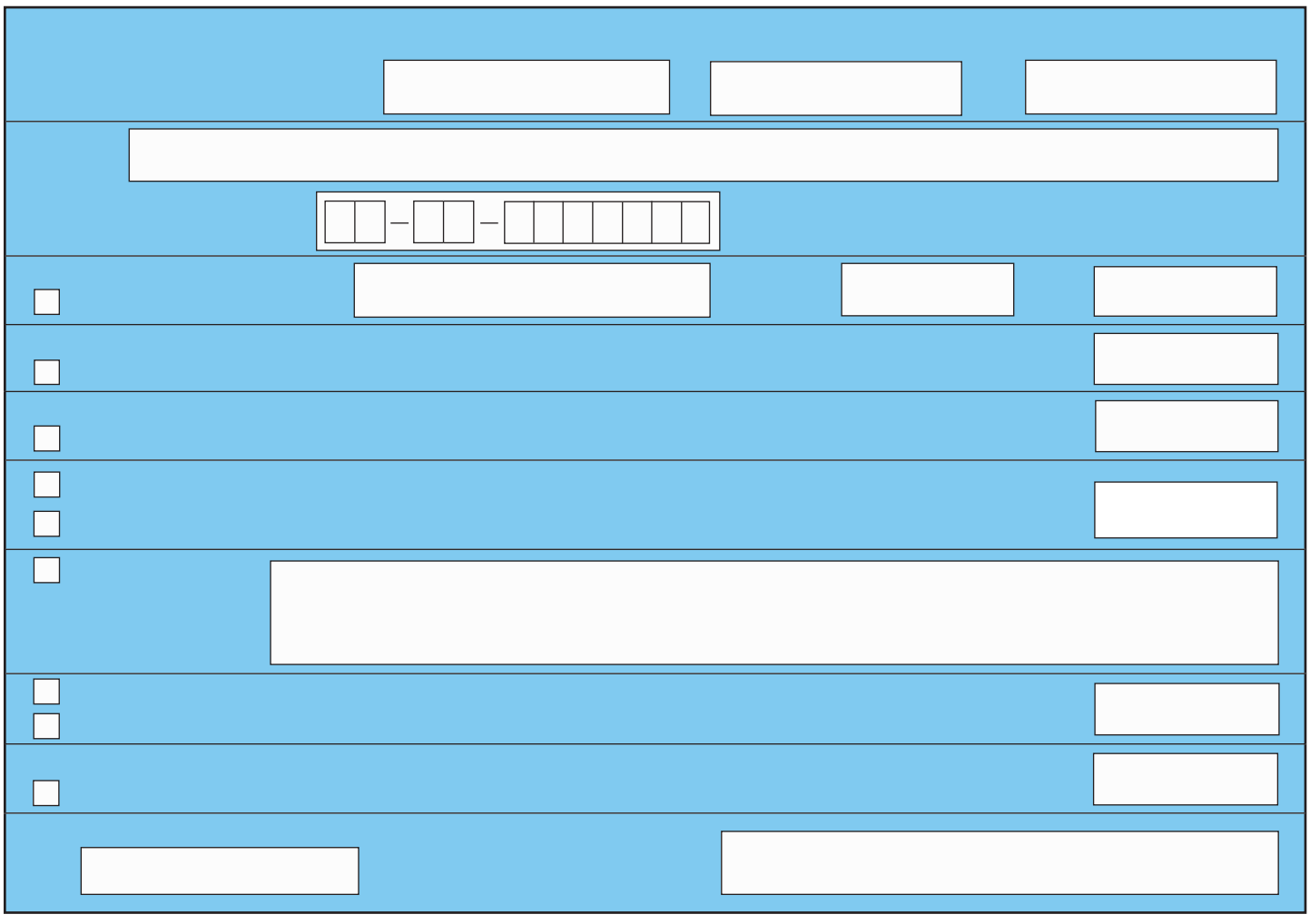
pod nr — —

☐

☐

Powiadomić OIL w

o przyjęciu do izby pismem nr

Data

Podpis