

WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁNKÓW ORAZ WPIS DO REJESTRU OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

W

Nr dokumentu

W-2

Data przyjęcia
dokumentu

DANE EWIDENCYJNE

Jestem ☐ LEKARZEM ☐ LEKARZEM DENTYSTĄ	
Posiadam ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty	numer prawa
Data ukończenia stażu	Data ukończenia egzaminu państwowego
Nazwisko i imiona	
Płeć K ☐ M ☐	
Imię ojca	Imię matki
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie
Data urodzenia (rr-mm-dd)	Miejsce urodzenia
Obywatelstwo polskie ☐	Stosunek do służby wojskowej ☐ zawodowa ☐ czynna ☐ rezerwa ☐ nie podlega
Numer PESEL	Numer NIP

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

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

Data Podpis

OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego:

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Data Podpis

Oświadczam, że nie jestem karany/a oraz, że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w zakresie odpowiedzialności karnej oraz, że nie zachodzą okoliczności, które w myśl obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz innych przepisów, 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 2002 Nr 21, poz. 204, z późn. zm.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

Data Podpis

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o treści art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) oraz wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy w celu i zakresie określonym uchwałą nr 104/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestrów lekarzy (j.t. Biul. NRL Nr 6/86/2004).

Data Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

z numeru rejestru

„Prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numerem seryjnym

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

Data Podpis

Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|--|
| ☐ Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty | ☐ Świadcstwo zdrowia |
| ☐ Karta stażu podyplomowego / decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu | ☐ Dowód zmiany nazwiska |
| ☐ Świadcstwo złożenia egzaminu państwowego | ☐ Inne |
| ☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu | |

Inne dokumenty

.....

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|---|
| ☐ Ciągłość wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat | Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu) |
| ☐ Brak ciągłości wykonywania zawodu | |
| ☐ Załączono wszystkie wymagane dokumenty | |
| ☐ Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu | |
| ☐ Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu | |

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały **Prezydium ORL**

z dnia

Panu/Pani

- ☐ zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1 i 3 oraz art. 6 ust. 1 i 4 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

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

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

- ☐ Nie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty 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

Uchwałą Rady/Prezydium ORL w

nr

z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/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

☐

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