

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

W

Nr dokumentu

W-3Data przyjęcia
dokumentu

Proszę o przyjęcie do Izby w związku z:

DANE EWIDENCYJNE

Jestem		☐ LEKARZEM	☐ LEKARZEM DENTYSTĄ
Jestem członkiem OKRĘGOWEJ IZBY LÉKARSKIEJ		numerem rejestru	
w			
Nazwisko i imiona			
numer prawa wykonywania zawodu		przyznany przez	data
numer ograniczonego prawa		OIL w	wydania
Posiadam prawo wykonywania zawodu		☐ bez ograniczeń	☐ z ograniczeniami
Ograniczenia prawa wykonywania zawodu (tylko jeżeli są)			

PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

Nazwa	
Miejscowość	Kod pocztowy
Ulica i nr domu	Telefon
Stanowisko	

PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE ZAMIESZKANIA

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

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

☐ 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 ☐ Inne	Inne dokumenty
---	----------------

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

z numeru rejestru

„Prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

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

Data

Podpis

Kserokopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- ☐ Nie figuruje/figuruje w rejestrze ukaranych
- ☐ Przeciwnie wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski
- ☐ Przeciwnie 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-ciu latach
- ☐ W aktach izby znajdują się wszystkie wymagane dokumenty
- ☐ W aktach izby brak dokumentów

Uwagi/brakujące dokumenty

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Prezydium ORL

z dnia

Prezydium ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

przyjąć do Izby wpisać na listę członków i zarejestrować w rejestrze OIL pod nr

pod nr

 bez ograniczeń

z ograniczeniami

Powiadomić OIL w

o przyjęciu do izby
pismem nr

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:

☐ przeniesieniu 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)

☐ wygaśnięciem terminu ważności prawa wykonywania zawodu w dniu

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

Data

Podpis przewodniczącego komisji