

Jestem

☐ LEKARZEM

☐ LEKARZEM DENTYSTĄ

Numerem prawa wykonywania zawodu

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

Numerem rejestr

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

Nazwisko i imiona

Dotychczasowe obywatelstwo

zachowuje drugie

☐ TAK ☐ NIE

jeśli tak, to jakie

Data uzyskania obywatelstwa polskiego (rr-mm-dd)

Numerem ewidencyjny PESEL

| | | | | | | | | |

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

1 1 1 1 1

Miejscowość

Telefon

Faks

Data

--

Podpis

☐ Kserokopia decyzji Prezydenta Rzeczypospolitej Polskiej o nadaniu obywatelstwa polskiego

☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego☐ Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty”

Potwierdzam odbiór

„Prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numeru rejestru

z numerem seryjnym

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

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

Data

Podpis

Kserokopia dowodu osobistego

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

☐ Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu zgodnie z uzyskanym obywatelstwem polskim

☐ Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały **Prezydium ORL**

z dnia

Pana/Pani

KTÓRY/A UZYSKAŁ/ŁA 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 i 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

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			zastał/ła 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			