

Nr dokumentu	W-6
Data przyjęcia dokumentu	

Jestem	☐ LEKARZEM	☐ LEKARZEM DENTYSTĄ
numer posiadanego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu		przyznane przez U. Woj/OIL w
		data wydania
Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu utraciło ważność z dniem 31 grudnia 2002 r.		
☐ Wykonuję zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP bez uzyskania nowego dokumentu określonego w art. 63 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 2002 Nr 21 poz. 204, z późn. zm.) od dnia		
☐ Zaprzestałem/am wykonywać zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP z dniem		

[illegible]

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

Data _____ Podpis _____

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 _____

Potwierdzam odbiór
„Prawa wykonywania zawodu lekarza”
„Prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

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

Data _____ Podpis _____

Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|---|---|
| ☐ Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty | ☐ Świadcstwo zdrowia |
| ☐ Zaświadczenie o ukończeniu/karta stażu podyplomowego/
/zaświadczenie o ukończeniu praktyki lekarsko-dentystycznej | ☐ Dowód zmiany nazwiska |
| ☐ Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty | ☐ Świadcstwa pracy/dokumenty potwierdzające zatrudnienie |
| ☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu | ☐ Inne dotyczące wykonywania zawodu za granicą |
| | ☐ Inne |

Inne dokumenty

.....

.....

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- | | |
|---|---------------------------|
| ☐ W aktach izby znajdują się wszystkie wymagane dokumenty | Uwagi/brakujące dokumenty |
| ☐ Ciągłość pracy w zawodzie lekarza w ostatnich 5-ciu latach | |
| ☐ Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5-ciu latach | |
| ☐ W aktach izby brak dokumentów | |
| ☐ Inne | |

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały **Prezydium ORL**

z dnia

Prezydium ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczyć numerem

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

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

z nr. 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

został/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