

**WNIOSEK O WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W
ORAZ WYDANIE „PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA”
„PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA DENTYSTY”
(DLA LEKARZA, KTÓREGO DANE ZNAJDUJĄ SIĘ W ARCHIWUM EWIDENCJI)

Nr dokumentu	W-6
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Jestem		<input type="checkbox"/> LEKARZEM	<input type="checkbox"/> LEKARZEM DENTYSTĄ
<input type="checkbox"/> Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (stomatologa) na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej			
numer posiadanego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	<input type="text"/>	przyznanego przez Urząd Wojewódzki/OIL	data wydania <input type="text"/>
Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu utraciło ważność z dniem 31 grudnia 2002 r.			
<input type="checkbox"/>	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. z 2017 r. poz. 125 jt.) od dnia		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Zaprzestałem/am wykonywać zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP z dniem		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Wykonywałem zawód poza obszarem RP do dnia		<input type="text"/>
Nazwisko i imiona			Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Imię ojca		Imię matki	
Nazwisko rodowe		Nazwisko poprzednie	
Data urodzenia (rr-mm-dd) <input type="text"/>		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> i inne	Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega		
Numer PESEL <input type="text"/>		Paszport nr	

Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (orzeczenie)

OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Miejsce i data Podpis

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz przepisami prawa, 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 2017 r. poz. 125, jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data Podpis

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych osobowych, o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i prawie ich poprawiania oraz obowiązku podania danych osobowych, o których mowa w art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.).

Miejsce i data Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej w celu otrzymywania insertów reklamowych przesyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej oraz innych materiałów i informacji przesyłanych przez okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską.

Miejsce i data Podpis

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o ukończeniu/karta stażu podyplomowego/
/zaświadczenie o ukończeniu praktyki lekarsko-dentystycznej* | <input type="checkbox"/> Dokumenty potwierdzające zatrudnienie* |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie
wymogów dotyczących postawy etycznej za granicą |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dowodu osobistego lub dwóch pierwszych stron paszportu | <input type="checkbox"/> Inne dotyczące wykonywania zawodu za granicą |
| <input type="checkbox"/> Oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu | |
| <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia | |

Inne dokumenty

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów obowiązany/a jestem do zawiadamiania okręgowej rady lekarskiej okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, w terminie 30 dni o zmianie danych wymienionych w art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce
Data

Podpis

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

Miejsce
Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”

z numerem rejestru

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

oznaczonego numerem seryjnym

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzenie Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem - - został/a skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa wykonywania zawodu (podstawa)

śmiercią lekarza (na podstawie danych z systemu PESEL, aktu zgonu) w dniu

Data Podpis przewodniczącego komisji