

Poznań, dnia

.....
imię i nazwisko

.....
tytuł zawodowy lekarz/lekarz dentyista

.....
Adres korespondencyjny

.....
telefon kontaktowy

.....
e-mail

.....
numer prawa wykonywania zawodu

PODANIE

W związku z wyjazdem do kraju Unii Europejskiej proszę
o wydanie następujących zaświadczeń :

1. *zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje formalne lekarza /dentysty
zgodnie z obowiązującą Dyrektywą Rady EWG*

2. *zaświadczenia potwierdzającego wykonywanie zawodu lekarza dentyisty
przez okres co najmniej 3 lat z ostatnich 5*

3. *zaświadczenia dotyczącego postawy etycznej lekarza/lekarza dentyisty*

4. *zaświadczenia potwierdzającego specjalizację (tylko II st./tytuł specjalisty) w dziedzinie*

.....

5. *zaświadczenie stwierdzające równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem
lekarza dentyisty*

6. *zaświadczenie potwierdzające odbycie przez lekarza/lekarza dentyistę studiów medycznych*

*Jednocześnie zobowiązuję się, w przypadku podjęcia wykonywania zawodu na obszarze innego państwa niż
Rzeczpospolita Polska, do przestania oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na
obszarze RP oraz podjęciu wykonywania zawodu w innym państwie UE, do siedziby WIL w Poznaniu.*

.....
podpis