

Jeśli masz pytania dotyczące sposobu wypełnienia wniosku zadzwoń: tel. 501 134 781 lub 783 993 902

załącznik nr 8 do regulaminu
(pomarańczowy – PANTONE 1495 U)

**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA/LEKARZA
DENTYSTY W CELU ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO ,
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW**

Nr dokumentu	W-1
Data przyjęcia dokumentu	

ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W **Poznaniu**

Miasto siedziby Izby.

Dane dotyczące
posiadanego tytułu.

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY		
Uzyskany w dniu	____/____/____	na podstawie dyplomu/zaświadczenia nr	_____	
wydanego przez	_____ w dniu			____/____/____
<input type="checkbox"/> Uzyskałem decyzję Ministra Zdrowia o uznaniu części stażu podyplomowego odbytego za granicą za zgodny ze stażem obowiązującym w Rzeczypospolitej Polskiej (dokument w załączniku).				
<input type="checkbox"/> Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej (dokument).				

<input type="checkbox"/> Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (w załączeniu orzeczenie)			
Władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 7a pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.			
<input type="checkbox"/> Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.			
<input type="checkbox"/> Złożyłem egzamin z języka polskiego, o którym mowa w art. 7 ust 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dokument w załączniku).			
<input type="checkbox"/> Przedkładam dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (dokument w załączniku).			
Miejsce i data	_____	Podpis	_____

Nazwisko i imiona	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie	
Imię ojca	Imię matki	
Data urodzenia (rr-mm-dd)	Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne:	Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega	

Dane osobowe.

Nazwiskiem rodowym jest
nazwisko zamieszczone w
akcie urodzenia.

Stosunek do służby
wojskowej w przypadku
kobiet- nie podlega.

Dokument tożsamości – dowód osobisty				
Rzeczpospolita Polska Dowód osobisty	Numer dowodu osobistego	_____		
Nazwisko	Imiona			
Data urodzenia	Płeć	Termin ważności dowodu osobistego	_____	
Nazwisko rodowe	Imiona rodziców			
Numer PESEL	Data wydania dowodu osobistego			_____
Organ wydający dowód osobisty	Podpis			

Dokument tożsamości – paszport				
Nazwa państwa / Country	Typ /Type	Kod / Code	Numer dokumentu / Passport No	_____
Nazwisko / Surname		Imiona / Given names		
Obywatelstwo / Nationality		Data urodzenia / Date of birth		____/____/____
Płeć / Sex	Miejsce urodzenia / Place of birth			Numer identyfikacyjny / Identification No
Organ wydający / Authority		Data wydania / Date of issue		____/____/____
Data ważności / Date of expiry		Podpis / Holders signature		_____

OŚWIADCZENIA

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

Miejsce i data: Poznań, data wypełnienia wniosku Podpis: J. Nowak

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 umyślne 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 dentystry (Dz. U. z 2019 r. poz. 514, jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data: Poznań, data wypełnienia wniosku Podpis: J. Nowak

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.). Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 do Wniosku

Miejsce i data: Poznań, data wypełnienia wniosku Podpis: J. Nowak

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentyistów 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: Poznań, data wypełnienia wniosku Podpis: J. Nowak

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA MIEJSCE ZAMIESZKANIA

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

ADRES DO KORESPONDENCJI

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

Miejsce i data: Podpis:

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- Miękka kopia dyplomu / kopia dyplomu / dokumentu potwierdzającego* kwalifikacje formalne lekarza/lekarza dentystry
- Dyplom / kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy wraz z dokumentem potwierdzającym uznanie dyplomu za równoważny w Rzeczypospolitej Polskiej
- Dokument lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. d ustawy
- Dyplom lub kopia dyplomu spełniająca warunki określone w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit. e ustawy oraz świadectwo złożenia LEW/LDEW
- Dokument potwierdzające formalne uznanie dyplomu lekarza / lekarza dentystry spełniające formalne wymogi kształcenia określone w przepisach UE
- Dokument określony w art. 6 ust. 7 ustawy w przypadku lekarza UE Suplement dyplomu jeśli został wydany
- Dokument potwierdzający status lekarza określony w art. 3 ust. 3 ustawy Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP
- Orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 5 ustawy Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego
- Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca
- Inne

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 2019 r. poz. 965 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce i data: Podpis:

Adres zamieszkania lub zameldowania. Adres ten **musi znajdować się na terenie Wielkopolski.**

Adres do korespondencji. Adres ten **nie musi znajdować się na terenie Wielkopolski.** Adres do korespondencji można zmieniać dowolną ilość razy. Wymagane są także pola: miejsce, data i podpis.

Wykaz załączonych do wniosku dokumentów.

Spis wymaganych dokumentów znajduje się na stronie: <https://wil.org.pl/pwz-před-stazem-podyplomowym/> **Załączyć należy jedynie wymienione w wykazie dokumenty.**

Szczególnie prosimy o nie załączanie kserokopii dowodu osobistego.

Jeśli masz pytania dotyczące sposobu wypełnienia wniosku zadzwoń: tel. 501 134 781 lub 783 993 902

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej	
Miejsce Data	Podpis
POTWIERDZENIE Potwierdzam odbiór dokumentu	
„Prawo wykonywania zawodu lekarza” <input type="checkbox"/>	z numerem rejestru
„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” <input type="checkbox"/>	oznaczonego numerem seryjnym
Data	Podpis

Potwierdzenie odbioru PWZ. Pola wypełniane w chwili odbioru dokumentu.

WYPELNIĄ OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:	
<input type="checkbox"/> Podjął wykonywanie zawodu przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu	Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia
<input type="checkbox"/> Załączono wszystkie wymagane dokumenty	
<input type="checkbox"/> Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu	
<input type="checkbox"/> Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu (uzasadnienie w załączeniu)	
Wniosek Komisji:	
<input type="checkbox"/> Przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego / części stażu podyplomowego*, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów	
<input type="checkbox"/> Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego	
Data	Podpis przewodniczącego komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W	
Numer Uchwały *Prezydium *ORL	z dnia
Pannu/Pani	
<input type="checkbox"/> przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego przez okres nie dłuższy niż 5 lat od dnia podjęcia uchwały.	
<input type="checkbox"/> na podst. art. 5 ust. 7 w związku z art. 5 ust. 1-5 i art. 6 ust. 10	
<input type="checkbox"/> na podst. art. 7 ust. 2* w zw. z art. 15j ust. 18 i 19 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty	
ważne do	
prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty oznaczono numerem	
wpisano ww. lekarza/ lekarza dentyistę na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów pod numerem	
wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentyisty” oznaczony nr seryjnym	
z piśmem urzędowym	
<input type="checkbox"/> Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).	
Data	Podpis

WYPELNIĄ OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL nr z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentysta został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem --

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Karta stażu podyplomowego numer z dnia

Zawiadomienie o odbyciu i zakończeniu stażu podyplomowego określone w art. 15f ust. 3 ustawy o zawodzie lekarza / lekarza dentysty

Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu części stażu podyplomowego odbytego za granicą z dnia

Data Podpis

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem został/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy/lekarzy dentystów w związku z:

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego i rezygnacją z członkostwa z dnia

oświadczeniem zainteresowanego lekarza/lekarza dentysty

ubieganiem o zwolnienie z członkostwa z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym - orzeczenie sądu

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

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego

upływem terminu ważności prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego - ukończenie stażu

wygaśnięciem terminu prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego w dniu

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

Data Podpis przewodniczącego komisji