

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA DLA LEKARZA DENTYSTY

w związku z wyjazdem do

.....
Imię nazwisko

.....
Tytuł zawodowy

.....
Adres korespondencyjny

.....
Telefon kontaktowy

.....
Email

.....
Numer PWZ

Proszę o wydanie:

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Zaświadczenia potwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza dentysty, który złożył Lekarsko-Dentystyczny Egzamin Państwowy<input type="checkbox"/> Zaświadczenia potwierdzające odbycie przez lekarza dentystę studiów zgodnych z art. 34 Dyrektywy 2005/36/WE (dot. lekarza dentysty posiadającego PWZ w celu odbycia stażu podyplomowego, który nie został ukończony)<input type="checkbox"/> Zaświadczenia potwierdzające tzw. prawa nabyte do wykonywania zawodu lekarza dentysty (tzw. zaświadczenie potwierdzające wykonywanie zawodu lekarza dentysty przez okres co najmniej 3 lat z ostatnich 5)<input type="checkbox"/> Zaświadczenia potwierdzające posiadanie przez lekarza dentystę specjalizacji wymienionej w przepisach Unii Europejskiej w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej<input type="checkbox"/> Zaświadczenia potwierdzające tzw. prawa nabyte w zakresie posiadanej przez lekarza dentystę specjalizacji (tzw. zaświadczenie potwierdzające wykonywanie zawodu | <ul style="list-style-type: none">lekarza dentysty specjalisty przez okres co najmniej 3 lat z ostatnich 5)<input type="checkbox"/> Zaświadczenia potwierdzające odbycie części szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza dentystę w Polsce<input type="checkbox"/> Zaświadczenia potwierdzające kwalifikacje lekarza dentysty, który ukończył studia poza obszarem Unii Europejskiej<input type="checkbox"/> Zaświadczenia związanego z czasowym i okazjonalnym wykonywaniem zawodu przez lekarza dentystę w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej<input type="checkbox"/> Zaświadczenia dotyczącego postawy etycznej lekarza dentysty (certificate of good standing)<input type="checkbox"/> Zaświadczenia dotyczącego dokumentu wymaganego w Polsce jako świadectwo odpowiedniego stanu zdrowia lekarza dentysty (dot. lekarza dentysty posiadającego PWZ)<input type="checkbox"/> Zaświadczenia potwierdzającego równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentysty |
|--|--|

.....
Podpis /pieczętka/

OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Data

Podpis

Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Kodeksu karnego za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że nie byłem/byłam 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 innymi 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, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza lub lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Data

Podpis

PREFEROWANY SPOSÓB ODBIORU WYSTAWIONYCH ZAŚWIADCZEŃ:

- odbiór osobisty w Dziale Obsługi Lekarzy Wielkopolskiej Izby Lekarskiej w Poznaniu
- przesłanie na wyżej wymieniony adres korespondencyjny

Załączniki:

- dowód opłaty za zaświadczenia

POTWIERDZENIE ODBIORU:

Potwierdzam odbiór zaświadczenia nr

.....

Jednocześnie zobowiązuję się, w przypadku rozpoczęcia wykonywania zawodu na obszarze innego państwa niż Rzeczpospolita Polska, do przesłania oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza dentysty na obszarze RP do siedziby Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Data

Podpis