

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA DLA LEKARZA

w związku z wyjazdem do

.....
Imię nazwisko

Tytuł zawodowy

.....
Adres korespondencyjny

.....
Telefon kontaktowy

Email

.....
Numer PWZ

Proszę o wydanie:

- Zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza**, który złożył Lekarski Egzamin Państwowy
- Zaświadczenia potwierdzającego posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza**, który nie składał Lekarskiego Egzaminu Państwowego,
- Zaświadczenia potwierdzającego odbycie przez lekarza studiów medycznych zgodnych z art. 24 Dyrektywy 2005/36/WE (dot. lekarza posiadającego PWZ w celu odbycia stażu podyplomowego, który nie został ukończony)
- Zaświadczenia potwierdzającego tzw. prawa nabyte do wykonywania zawodu lekarza (tzw. zaświadczenie potwierdzające wykonywanie zawodu lekarza przez okres co najmniej 3 lat z ostatnich 5)**
- Zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez lekarza specjalizacji** wymienionej w przepisach Unii Europejskiej w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej
- Zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez lekarza specjalizacji równorzędnej ze specjalizacją wymienioną w przepisach Unii Europejskiej w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej**
- Zaświadczenia potwierdzającego tzw. prawa nabyte w zakresie posiadanej przez lekarza specjalizacji (tzw. zaświadczenie potwierdzające wykonywanie zawodu lekarza specjalisty przez okres co najmniej 3 lat z ostatnich 5)**
- Zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez lekarza tytułu specjalisty w dziedzinie medycyny rodzinnej
- Zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przez lekarza specjalizacji II stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej równorzędnej ze specjalizacją w dziedzinie medycyny rodzinnej
- Zaświadczenia potwierdzającego posiadanie praw nabytych do prowadzenia ogólnej praktyki medycznej
- Zaświadczenia potwierdzającego odbycie części szkolenia specjalizacyjnego przez lekarza w Polsce
- Zaświadczenia potwierdzającego kwalifikacje lekarza, który ukończył studia poza obszarem Unii Europejskiej
- Zaświadczenia związanego z czasowym i okazjonalnym wykonywaniem zawodu przez lekarza w innym państwie członkowskim Unii Europejskiej
- Zaświadczenia dotyczącego postawy etycznej lekarza (certificate of good standing)**
- Zaświadczenia dotyczącego dokumentu wymaganego w Polsce jako świadectwo odpowiedniego stanu zdrowia lekarza

.....
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 na obszarze RP do siedziby Wielkopolskiej Izby Lekarskiej.

Data

Podpis