**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**
**POTWIERDZAJĄCEGO POSIADANIE PRAWA DO UDZIELANIA ŚWIADCZEŃ ZDROWOTNYCH W ZAKRESIE PODSTAWOWEJ OPIEKI ZDROWOTNEJ**

.....
Imię nazwisko Tytuł zawodowy

.....
Adres korespondencyjny

.....
Telefon kontaktowy Email

.....
Numer PWZ

Proszę o wydanie zaświadczenia o posiadaniu możliwości samodzielnego udzielania świadczeń lekarskich w Podstawowej Opiece Zdrowotnej.

……
Podpis /pieczątka/

## OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej przewidzianej w art. 233 Kodeksu karnego za założenie 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 WIL w Poznaniu
- ☐ przesłanie na wyżej wymieniony adres korespondencyjny

---

**POTWIERDZENIE ODBIORU:**

Potwierdzam odbiór zaświadczenia nr ……..

……

Data | Podpis