

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Państwo	Jednostka administracyjna państwa		
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo	Kraj		
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

Data Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty / dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne | <input type="checkbox"/> Kserokopia dwóch stron paszportu |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o uzyskaniu kwalifikacji formalnych | <input type="checkbox"/> Świadcstwo zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Świadcstwo, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza z UE |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | |

Inne dokumenty

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów 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 o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 poz. 522 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce
Data Podpis

Oświadczam, że przyjąłem/ąłem do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej

Miejsce
Data Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza” „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numerem rejestru

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

oznaczonego numerem seryjnym

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Data Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Poświadcza formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentystry
- [Nie figuruje/figuruje] w rejestrze skazanych państwa UE
- Przeciwno wnioskodawcy [nie toczy/toczy] postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- Prawo wykonywania zawodu [nie zostało/zostało] zawieszono
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- Uznać kwalifikacje formalne, przyznać prawo wykonywania zawodu, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów
- Odmówić uznania kwalifikacji formalnych i przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis przewodniczącego komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

- zostały uznane kwalifikacje formalne do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry*, zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit b, pkt 3-5, ust. 2/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5a/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5b/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2* oraz art. 6 ust. 1-5 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w rejestrze OIL pod nr

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” z nr. serwiny

- Odmówiono uznania kwalifikacji formalnych i przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL

przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów z dniem

Uchwałą ORL

przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów z dniem

Uchwałą ORL

przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów z dniem

Uchwałą ORL

przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów z dniem

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzenie Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem został/ła skreślony/a z rejestru OIL w związku z:

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

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

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa wykonywania zawodu (podstawa)

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

Data Podpis przewodniczącego komisji