

**WNIOSEK O PRZENIESIENIE I WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W .....**

Nr dokumentu	<b>W-3</b>
Data przyjęcia dokumentu	

Proszę o przyjęcie do Izby w związku z:

### DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł zawodowy

LEKARZA

LEKARZA DENTYSTY

Jestem członkiem OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

numerem rejestru

w .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko i imiona

Posiadam prawo wykonywania  
zawodu numer

przyznanym przez

Posiadam prawo wykonywania  
zawodu przyznane w celu  
odbycia stażu podyplomowego  
numer

--	--	--	--	--	--	--	--

OIL w .....

data

wydania

--	--	--	--	--	--	--	--

Wykonuję zawód lekarza/lekarza dentysty nieprzerwanie od 5 lat

Zaprzestałem wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty z dniem .

--	--	--	--	--	--	--	--

### PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

Nazwa zakładu leczniczego

Miejscowość

Kod pocztowy 

--	--

 - 

--	--	--	--

Ulica i nr domu

Telefon

Przewidywane miejsce prowadzenia praktyki lekarskiej

Miejscowość

Kod pocztowy 

--	--

 - 

--	--	--	--

Ulica i nr domu

Telefon

### MIEJSCE ZAMELDOWANIA/ZAMIESZKANIA

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy 

--	--

 - 

--	--	--	--

Miejscowość

Telefon

Faks

### ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy 

--	--

 - 

--	--	--	--

Miejscowość

Telefon

Faks

Data

--

Podpis

--

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.).

Miejsce  
i data

--

Podpis

--

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza”  Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”  
 Świadczenie ostatniego miejsca pracy/zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich

Inne dokumenty .....

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Nie figuruje/figuruje w rejestrze ukaranych lekarzy  
 Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski  
 Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu  
 Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszono  
 Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu lekarza  
 Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5 latach

#### Uwagi/brakujące dokumenty

#### Wniosek Komisji:

- Wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów  
 Wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów i skierować do odbycia przeszkolenia  
 Odmówić wpisania na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji

## UCHWAŁĄ \*PREZYDIUM \*OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W .....

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Rada/Prezydium ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

przyjąć do Izby wpisać na listę członków i zarejestrować w rejestrze OIL pod nr

bez ograniczeń

z ograniczeniami

Przekazać ORL w

uchwałę o przyjęciu do izby i wpisaniu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Data

Podpis

Oświadczam, że przyjmę/am do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej

Data

Podpis

### POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

z numeru rejestru

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

Data

Podpis