

## WNIOSEK O WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW ORAZ DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W .....  
**ORAZ WYDANIE „PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA”**  
**„PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA DENTYSTY”**  
 (DLA LEKARZA, KTÓREGO DANE ZNAJDUJĄ SIĘ W ARCHIWUM EWIDENCJI)

Nr dokumentu	<b>W-6</b>
Data przyjęcia dokumentu	

### DANE EWIDENCYJNE

Jestem		<input type="checkbox"/> LEKARZEM	<input type="checkbox"/> LEKARZEM DENTYSTĄ
<input type="checkbox"/> Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (stomatologa) na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej			
numer posiadanego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu	<input type="text"/>	przyznanego przez Urząd Wojewódzki/OIL	data wydania <input type="text"/>
Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu utraciło ważność z dniem 31 grudnia 2002 r.			
<input type="checkbox"/>	Wykonuję zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP bez uzyskania nowego dokumentu określonego w art. 63 ust. 2 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857, z późn. zm.) od dnia		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Zaprzestałem/am wykonywać zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP z dniem		<input type="text"/>
<input type="checkbox"/>	Wykonywałem zawód poza obszarem RP do dnia		<input type="text"/>
Nazwisko i imiona			Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Imię ojca		Imię matki	
Nazwisko rodowe		Nazwisko poprzednie	
Data urodzenia (rr-mm-dd) <input type="text"/>		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo	<input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> i inne .....	Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega	
Numer PESEL <input type="text"/>		Paszport nr	

Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (orzeczenie)

### OŚWIADCZENIA

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Miejsce i data  Podpis

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem 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 (Dz. U. z 2017 r. , poz. 125, tj.) 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/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i 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, poz. 522 jt. ze zm.).

Miejsce i data  Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej w celu otrzymywania insertów reklamowych przesyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej oraz innych materiałów i informacji przesyłanych przez okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską.

Miejsce i data  Podpis

## MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

## ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data

Podpis

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry   | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska   |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o ukończeniu/karta stażu podyplomowego/<br>/zaświadczenie o ukończeniu praktyki lekarsko-dentystycznej* | <input type="checkbox"/> Dokumenty potwierdzające zatrudnienie*  |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentystry   | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie<br>wymogów dotyczących postawy etycznej za granicą |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dowodu osobistego lub dwóch pierwszych stron paszportu   | <input type="checkbox"/> Inne dotyczące wykonywania zawodu za granicą  |
| <input type="checkbox"/> Oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu  |  |
| <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia   |  |

Inne dokumenty .....

**Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów 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 dentystry”

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data

Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

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

- W aktach izby znajdują się wszystkie wymagane dokumenty
- Ciągłość pracy w zawodzie lekarza w ostatnich 5 latach
- Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5 latach
- W aktach izby brak dokumentów
- Inne

Uwagi/brakujące dokumenty

Wniosek Komisji:

- Wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy/lekarzy dentystów, wydać nowy dokument prawa wykonywania zawodu
- Odmówić wpisania na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy/lekarzy dentystów

Data

Podpis

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

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Rada/Prezydium ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczyć numerem

przyjąć do Izby, wpisać na listę członków i do rejestru OIL pod nr

wydać nowy dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z nr. seryjnym

Data

Podpis

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL ..... przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów z dniem .....

Uchwałą ORL ..... przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów z dniem .....

Uchwałą ORL ..... przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów z dniem .....

Uchwałą ORL ..... przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów z dniem .....

