

.....
Imię nazwisko

.....
Adres

.....
Numer PWZ

Okręgowa Rada Lekarska
Wielkopolskiej Izby Lekarskiej
ul. Nowowiejskiego 51
61-734 Poznań

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Działając na podstawie art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. Nr 166, poz. 1172) w zw. z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2527), wnoszę o wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przeze mnie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Oświadczam, że zachowałem prawo do udzielania wskazanych powyżej świadczeń z uwagi na:

1) posiadanie na dzień 29 września 2007 r. :*

a. specjalizacji I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej* lub

b. specjalizacji I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych,*
lub

c. specjalizacji I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii;*

2) udzielanie nieprzerwanie przed dniem 29 września 2007 r. przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.*

Przerwania udzielania świadczeń nie stanowi:

- 1) nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres krótszy niż 6 miesięcy;
- 2) nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż wskazany w pkt 1 w przypadkach pobierania świadczeń, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o Świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, z 2006 r. Nr 221, poz. 1615 oraz z 2007 r. Nr 47, poz. 318 i Nr 115, poz. 792).

W załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające udzielanie nieprzerwanie przed dniem 29 września 2007 r. przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.* (np. poświadczony za zgodność z oryginałem świadectwa pracy).

.....
(czytelny 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

**niepotrzebne skreślić*