

**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	W-6
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Jestem		☐ LEKARZEM	☐ LEKARZEM DENTYSTĄ
☐ Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (stomatologa) na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej			
numer posiadanego zaświadczenia o prawie wykonywania zawodu		przyznanego przez Urząd Wojewódzki/OIL w data wydania	
Posiadane zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu utraciło ważność z dniem 31 grudnia 2002 r.			
☐ 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 2017 r. poz. 125 jt.) od dnia			
☐ Zaprzestałem/am wykonywać zawód lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP z dniem			
☐ Wykonywałem zawód poza obszarem RP do dnia			
Nazwisko i imiona			Płeć K ☐ M ☐
Imię ojca		Imię matki	
Nazwisko rodowe		Nazwisko poprzednie	
Data urodzenia (rr-mm-dd) 		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo ☐ polskie ☐ i inne	Stosunek do służby wojskowej ☐ zawodowa ☐ czynna ☐ rezerwa ☐ nie podlega		
Numer PESEL 		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 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 (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, jt.), 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 r. 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 -
Miejscowość	Telefon	E-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy -
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|--|
| ☐ Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty | ☐ Dowód zmiany nazwiska |
| ☐ Zaświadczenie o ukończeniu/karta stażu podyplomowego/
/zaświadczenie o ukończeniu praktyki lekarsko-dentystycznej* | ☐ Dokumenty potwierdzające zatrudnienie* |
| ☐ Zaświadczenie o prawie wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty | ☐ Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie
wymogów dotyczących postawy etycznej za granicą |
| ☐ Kserokopia dowodu osobistego lub dwóch pierwszych stron paszportu | ☐ Inne dotyczące wykonywania zawodu za granicą |
| ☐ Oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu | |
| ☐ 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 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 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce
Data

Podpis

Oświadczam, że przyjąłem/am 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

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 okresie ostatnich 5 lat
- ☐ Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w okresie ostatnich 5 lat
- ☐ 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
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Pana/Panią

postanawia przyjąć do Izby, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy
i lekarzy dentystów

pod numerem

oraz prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczyć numerem

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

oznaczony numerem seryjnym

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

☐ Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentysta został przeniesiony - wpisany na listę członków
i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem

☐ Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentysta został przeniesiony - wpisany na listę członków
i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem

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