



**OŚWIADCZENIE *LEKARZA /*LEKARZA DENTYSTY
OBYWATELA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UE
O ZAMIARZE TYMCZASOWEGO I OKAZJONALNEGO
WYKONYWANIA ZAWODU *LEKARZA /*LEKARZA DENTYSTY
NA OBSZARZE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Nr dokumentu	O-1
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Jestem	☐ LEKARZEM	☐ LEKARZEM DENTYSTĄ	Płeć K ☐ M ☐
Nazwisko i imiona			
Data urodzenia (rr-mm-dd)		Obywatelstwo państwa UE	
Miejsce urodzenia			
Nazwa i numer dokumentu tożsamości			
Posiadam prawo wykonywania zawodu w			
Nazwa i numer dokumentu			
wydany przez			
Posiadane specjalizacje			

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

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód *lekarza /*lekarza dentysty na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w

.....
miejsce wykonywania zawodu

w ramach *umowy o pracę, /*umowy cywilnej, /*jako wolontariusz, /*zatrudnienia
w

.....
nazwa i adres podmiotu

/*prowadzenia praktyki lekarskiej

.....
określenie praktyki, zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, adres siedziby

w okresie od **do**

*** Jednocześnie oświadczam, że pomieszczenie, w którym będzie wykonywana praktyka, urządzenia, sprzęt medyczny i wyroby medyczne za pomocą których będą wykonywane czynności w ramach praktyki, spełniają wymogi określone w przepisach na podstawie art. 50b ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 jt.).**

*niepotrzebne skreślić

Miejsce
i data

Podpis

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że *władam /*nie władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu *lekarza /*lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce
i data

Podpis

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o obowiązujących mnie przepisach dotyczących odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza obowiązujących na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, określonych w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.).

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. 9 ust. 2-8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 jt.).

Miejsce
i data

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ewidencji lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonej przez Naczelną Radę Lekarską, w zakresie i celu określonych w uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestrów lekarzy (Biuletyn NRL z 2017 nr 2).

Miejsce
i data

Podpis

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo

Kraj

Region

Jednostka administracyjna regionu

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon

Faks/e-mail

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

☐ Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty

☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu

☐ Dowód zmiany nazwiska

☐ Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca

☐ Zaświadczenie o stanie zdrowia

Inne

.....

.....