

**WNIOSEK O PRZYZNIANIE OGRANICZONEGO PRAWA WYKONYWANIA
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY WPISANIE NA LISTĘ CZŁNKÓW
ORAZ WPIS DO REJESTRU OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

W

Nr dokumentu	W-1
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł		<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu		<input type="text"/>	na podstawie dyplomu nr
wydanego przez		<input type="text"/>	w dniu
Nazwisko i imiona			Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Imię ojca		Imię matki	
Nazwisko rodowe		Nazwiskopoprzednie	
Data urodzenia (rr-mm-dd)		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo <input type="checkbox"/> polskie <input type="checkbox"/> inne:		Stosunek do służby wojskowej <input type="checkbox"/> zawodowa <input type="checkbox"/> czynna <input type="checkbox"/> rezerwa <input type="checkbox"/> nie podlega	
Numer PESEL		Numer NIP	

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy
Miejscowość	Telefon	Faks

Data

Podpis

OŚWIADCZENIA

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia wynikającej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego:

Oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych

Data

Podpis

Oświadczam, że nie jestem karany oraz, że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie w zakresie odpowiedzialności karnej oraz, że nie zachodzą okoliczności, które w myśl obowiązującego Kodeksu Etyki Lekarskiej oraz innych przepisów, 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 2002 Nr 21, poz. 204, z późn. zm.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

Data

Podpis

Oświadczam, że zostałem/am poinformowany/a o treści art. 24 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. Nr 133, poz. 883 z późn. zm.) oraz wyrażam zgodę na gromadzenie i przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy w celu i zakresie określonym uchwałą nr 104/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestrów lekarzy (j.t. Biul. NRL Nr 6/86/2004).

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór

z numeru rejestru

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza”

„Ograniczonego prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numerem seryjnym

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarzadentysty | <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o stanie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia decyzji o nadaniu NIP | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca |
| <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska | |

Inne

.....

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Podjął wykonywanie zawodu przed upływem pięciu lat po uzyskaniu dyplomu
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- Spełnia warunki przyznania ograniczonego prawa
- Nie spełnia warunków przyznania ograniczonego prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia

Wniosek Komisji:

Data

Podpis

UCHWAŁĄ PREZYDIUM OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały Prezydium ORL

z dnia

Pani/Panu

Zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego

na podst. art. 5, ust. 1 i 4, art. 6 ust. 3pkt. 2-5.

na podst. art 7 ust.1 i 2 / 7 ust. 1a i 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

ważne do

ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w rejestrze OIL pod nr

wydano „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” z nr. seryjnym

Nie zostało przyznane ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Karta stażu podyplomowego numer

z dnia

Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu stażu podyplomowego odbytego z granicą z dnia

Data

Podpis

ŚWIADECTWO ZŁOŻENIA EGZAMINU PAŃSTWOWEGO

Numer

Data wydania

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

--

ADNOTACJE O SKREŚLENIU/PRZENIESIENIU

Uchwałą Rady/Prezydium ORL w nr z dnia

Pani/Pan

zarejestrowana/any pod numerem - - został/a skreślona/y z rejestru OIL w związku z:

przeniesiony do okręgowej izby w Pismo OIL nr z dnia

zrzeczeniem się ograniczonego prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnienia częściowego lub całkowitego – orzeczenie sądu z dnia

decyzją prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utraty obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawienia ograniczonego prawa wykonywania zawodu (podstawa)

wygaśnięciem terminu ograniczonego prawa wykonywania zawodu w dniu

śmiercią lekarza (wg danych z systemu PESEL, aktu zgonu) w dniu

Data Podpis przewodniczącej komisji