

**WNIOSEK O PRZENIESIENIE I WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W**

Nr dokumentu	W-3
Data przyjęcia dokumentu	

Proszę o przyjęcie do Izby w związku z:

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł zawodowy LEKARZA LEKARZA DENTYSTY

Jestem członkiem OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

numerem rejestru

w

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko i imiona

Posiadam prawo wykonywania zawodu numer

--	--	--	--	--	--	--	--

 przyznanym przez data

Posiadam prawo wykonywania zawodu przyznane w celu odbycia stażu podyplomowego numer

--	--	--	--	--	--	--	--

 OIL w wydania

--	--	--	--	--	--	--	--

Wykonuję zawód lekarza/lekarza dentysty nieprzerwanie od 5 lat

Zaprzestałem wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty z dniem

--	--	--	--	--	--	--	--

PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

Nazwa zakładu leczniczego

Miejscowość

Kod pocztowy

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

Ulica i nr domu

Telefon

Przewidywane miejsce prowadzenia praktyki lekarskiej

Miejscowość

Kod pocztowy

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

Ulica i nr domu

Telefon

MIEJSCE ZAMELDOWANIA/ZAMIESZKANIA

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

Miejscowość

Telefon

Faks

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

--	--	--	--

 -

--	--	--	--

Miejscowość

Telefon

Faks

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

--

ZALĄCZONE DOKUMENTY

- Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza” Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”
 Świadczenie ostatniego miejsca pracy/zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich

Inne dokumenty

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Nie figuruje/figuruje w rejestrze ukaranych lekarzy
 Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski
 Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
 Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszono
 Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu lekarza
 Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5 latach

Uwagi/brakujące dokumenty

Wniosek Komisji:

- Wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
 Wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów i skierować do odbycia przeszkolenia
 Odmówić wpisania na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Rada/Prezydium ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

przyjąć do Izby wpisać na listę członków i zarejestrować w rejestrze OIL pod nr

bez ograniczeń

z ograniczeniami

Przekazać ORL w

uchwałę o przyjęciu do izby i wpisaniu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Data

Podpis

Oświadczam, że przyjmę/am do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

z numeru rejestru

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

Data

Podpis