

ARKUSZ ZGŁOSZENIOWY LEKARZY
Proszę wypełnić drukowanymi literami

Dane personalne

Nazwisko	
Imiona	
Data rozpoczęcia wykonywania zawodu po uzyskaniu prawa wykonywania zawodu	
Okresy niewykonywania zawodu	
Od do	
Od do	

Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza stomatologa w innym państwie

Nazwa kraju		
Nazwa dokumentu uprawniającego		
Wydany przez		
Data wydania		
Okres wykonywania zawodu w innym państwie	od	do

Dotychczasowy przebieg pracy zawodowej/

Okres	Miejsce	Stanowisko	

Podstawowe miejsce pracy

Nr REGON	
Województwo miejsca pracy	
Miejscowość miejsca pracy	
Kod pocztowy miejsca pracy	
Ulica	
Nr domu	
Telefon/Fax	
Nazwa zakładu pracy	

Nazwa komórki organizacyjnej		
Kod pocztowy komórki organizacyjnej		
Miejscowość komórki organizacyjnej		
Ulica		
Numer domu		
Telefony		
Stanowisko		
Data rozpoczęcia pracy		

Dodatkowe miejsce pracy - I

Województwo miejsca pracy		
Miejscowość miejsca pracy		
Kod pocztowy miejsca pracy		
Ulica		
Nr domu		
Telefon		
Nazwa zakładu pracy		
Nazwa komórki organizacyjnej		
Stanowisko		
Data rozpoczęcia pracy		

Dodatkowe miejsce pracy - II

Województwo miejsca pracy		
Miejscowość miejsca pracy		
Kod pocztowy miejsca pracy		
Ulica		
Nr domu		
Telefon		
Nazwa zakładu pracy		
Nazwa komórki organizacyjnej		
Stanowisko		
Data rozpoczęcia pracy		

Znajomość języków obcych

Nazwa języka	Znajomość języka: bierna (czytanie, rozumienie) - B czynna (mowa, pismo) - C	Poziom znajomości języka: (biegły - 3, średni - 2, słaby - 1)	

Posiadane specjalizacje

Nazwa specjalizacji 1		
Stopień i data uzyskania		
Czy wykonywana: Tak/Nie - od kiedy		
Nazwa specjalizacji 2		
Stopień i data uzyskania		
Czy wykonywana Tak/Nie - od kiedy		
Nazwa specjalizacji 3		
Stopień i data uzyskania		
Czy wykonywana: Tak/Nie - od kiedy		
Nazwa specjalizacji 4		
Stopień i data uzyskania		
Czy wykonywana: Tak/Nie - od kiedy		

Funkcje pełnione w samorządzie lekarskim

Nazwa funkcji	Data od-	Data do-	

Adres do korespondencji

Województwo					Powiat		Gmina
		--					
Kod pocztowy					Miejscowość		
Ulica					Nr domu	Nr mieszkania	
Nr telefonu		Nr faksu		Numer poczty elektronicznej			

Data

Podpis lekarza