

.....
Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentysty

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

Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem *zaprzystałem(am) *zaprzestaję wykonywać zawód *lekarza *lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia do okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu *lekarza *lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zamiaru podjęcia wykonywania zawodu po upływie okresu dłuższego niż 5 lat od chwili zaprzestania jego wykonywania, będę zobowiązany do odbycia przeszkolenia określonego przez okręgową radę lekarską na podstawie art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (tj. Dz. U. z 2021 r. poz. 790 z późn. zm.).

*Ponadto oświadczam, że nadal zamierzam udzielać świadczeń zdrowotnych oraz wydawać opinie i orzeczenia lekarskie w odniesieniu do swojej osoby, małżonka oraz osób wstępnych i zstępnych w linii prostej pierwszego i drugiego stopnia w warunkach ambulatoryjnych, a także udzielać świadczeń zdrowotnych wynikających z obowiązku określonego w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Złożenie niniejszego oświadczenia nie jest tożsame ze zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu lekarza / lekarza dentysty* w RP, a tym samym nie zwalnia z opłacania składek na rzecz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej.

.....
data

.....
podpis

**niepotrzebne skreślić*