

.....
Imię i nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
telefon, adres e-mail

.....
zaświadczenie odbiorę: osobiście* / wysłać pocztą na adres*

**Dolnośląska Izba Lekarska
ul. Kazimierza Wielkiego 45
50-077 Wrocław**

Wniosek

Na podstawie art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 166, poz. 1172 z dnia 14.09.2007 r.) w związku z ust. 1 i 3 powołanego wyżej art. ustawy, **wnoszę o wydanie mi zaświadczenia o posiadaniu przeze mnie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.**

☐ Posiadana specjalizacja - stopień i data uzyskania

.....
.....

☐ Oświadczam, że przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. nr 166, poz. 1172) tj. przed dniem 29.09.2007 r. udzielałem nieprzerwanie, przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

☐ Oświadczam, że w dniu wejścia w życie ustawy z dnia 24 sierpnia 2007r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007r. nr 166, poz. 1172) tj. w dniu 29.09.2007 r.

- udzielałem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej /*

- byłem zatrudniony lub wykonywałem zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej /*

.....
data

.....
pieczętka i podpis

W załączeniu zaświadczenia potwierdzające udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej

* niepotrzebne skreślić