

.....  
imię i nazwisko

.....  
nr prawa wykonywania zawodu

.....  
adres do korespondencji

.....  
telefon, e-mail

**Dolnośląska Izba Lekarska  
ul. Kazimierza Wielkiego 45  
we Wrocławiu**

### **Wniosek**

W związku z zamiarem podjęcia **wykonywania zawodu lekarza dentysty** na terenie państwa członkowskiego UE uprzejmie proszę o wydanie następujących zaświadczeń:

- zaświadczenie potwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza, który \*złożył / \*nie złożył Lekarsko-Dentystyczny Egzamin **Państwowy** / Lekarsko-Dentystyczny Egzamin **Końcowy**
- zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza dentysty
- zaświadczenie potwierdzające posiadanie specjalizacji (tytuł specjalisty) w dziedzinie:

..... wymienionej w przepisach UE

- inne /sposób odbioru zaświadczenia

.....

### **Oświadczenia**

W oparciu o art. 6 ust. 1 w zw. z art. 8 pkt. 3 i art. 39 ust. 1 pkt. 11 ustawy z dnia 02.12.2009 r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz. U. z 2016 r. poz. 522) przyjmuję do wiadomości, że ze względu na fakt, iż nie zrzekłem/am się prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, pozostając jednocześnie członkiem Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu, nadal jestem zobowiązany/a do opłacania składek na rzecz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu zgodnie z uchwałą nr 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 05.09.2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu na terenie Rzeczypospolitej Polskiej w przypadku podjęcia wykonywania zawodu na terenie innego państwa niż RP.

Oświadczam, że regularnie opłacam składkę członkowską na rzecz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.

Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości zaistnienia potrzeby przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym (system IMI) przez właściwe organy państw członkowskich UE.

**Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań (art. 233 kk) niniejszym oświadczam, że nie jestem karany(a) sądownie oraz, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie karne.**

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis, pieczęć

W załączeniu:  
dowód opłaty za zaświadczenia