

**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

zarejestrowanym pod numerem rejestru

w

□□	□□	□□□□□□□□
----	----	----------

Nazwisko i imiona

Posiadam prawo wykonywania
zawodu numer

przyznanym przez

Posiadam prawo wykonywania
zawodu przyznane w celu
odbycia stażu podyplomowego
numer

□□□□□□□□

OIL w

data

wydania

□□	□□	□□□□□□
----	----	--------

Wykonuję zawód lekarza/lekarza dentysty nieprzerwanie w okresie ostatnich 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

e-mail

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy □□□-□□□□

Miejscowość

Telefon

e-mail

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

□□□□□□□□□□

ZAŁĄCZONE 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

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

Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numerem rejestru

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

Data

Podpis

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

*Prezydium *ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

przyjąć do Izby wpisać na listę członków i zarejestrować w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów

pod numerem

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

bez ograniczeń

z ograniczeniami

Przekazać ORL w

informację o podjęciu uchwały w sprawie wpisania lekarza/lekarza dentysty na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Data

Podpis