

**WNIOSK O PRYZNANIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY,  
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU  
LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

Nr dokumentu	<b>W-2F</b>
Data przyjęcia dokumentu	

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W .....

**DANE EWIDENCYJNE**

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	_____	na podstawie dyplomu nr _____
wydanego przez	w	w dniu _____

Uzyskałem prawo wykonywania zawodu ..... Nr .....

(nazwa dokumentu)

Przyznane przez ..... w dniu \_\_\_\_\_

(państwo / organ wydający)

Posiadam / nie posiadam\* tytuł specjalisty .....  
wydany przez .....

Uzyskałem decyzję ministra zdrowia z dnia \_\_\_\_\_ o udzieleniu zgody na warunkowe wykonywanie zawodu

lekarza  lekarza dentysty

samodzielnie  pod nadzorem lekarza / lekarza dentysty posiadającego specjalizację II st. lub tytuł specjalisty (decyzja w załączeniu).

Nazwisko i imiona			Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie		
Imię ojca	Imię matki		
Data urodzenia (rr-mm-dd) _____	Miejsce urodzenia		
Obywatelstwo	Jeżeli posiada obywatelstwo polskie		
	<input type="checkbox"/> Numer PESEL _____		

**Dokument tożsamości – paszport**

Nazwa państwa / Country	Typ /Type	Kod / Code	Numer dokumentu / Passport No
Nazwisko / Surname	Imiona / Given names		
Obywatelstwo / Nationality	Data urodzenia / Date of birth _____		
Płeć / Sex	Miejsce urodzenia / Place of birth		
Organ wydający / Authority	Data wydania / Date of issue _____		
Data ważności / Date of expiry _____	Podpis / Holders signature		

**OŚWIADCZENIA**

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

Miejsce i data \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

Świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że nie byłem karany/a za umyślne przestępstwo lub umyślne przestępstwo skarbowe oraz że nie toczy się przeciwko mnie postępowanie karne w sprawie o umyślnie popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz przepisami prawa, w rozumieniu wymogu określonego w art. 5 ust 1 pkt 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514 jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data \_\_\_\_\_ Podpis \_\_\_\_\_

Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (w załączeniu orzeczenie)

Miejsce i 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 2019 r. poz. 965 jt. ze zm.). Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 do wniosku.

Miejsce  
i data

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Rzeczypospolitej Polskiej w celu otrzymywania insertów reklamowych przesyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej oraz innych materiałów i informacji przesyłanych przez okręgową izbę lekarską lub Naczelną Izbę Lekarską.

Miejsce  
i data

Podpis

Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód w podmiocie leczniczym

.....  
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

"

Miejsce  
i data

Podpis

## MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Państwo	Jednostka administracyjna państwa		
Region	Jednostka administracyjna regionu		
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

## ADRES DO KORESPONDENCJI *(wypełnić jedynie, jeśli inny niż miejsce stałego zamieszkania)*

Państwo	Kraj		
Region	Jednostka administracyjna regionu		
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- decyzja Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 7 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- dyplom/kopia\* dyplomu spełniający warunki, spełniający warunki określone w art. 7 ust. 2a pkt 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty spełniający warunki określone w art. 7 ust. 2a pkt 8 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeśli taki tytuł posiada;
- orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 4 lub art. 6 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w państwie, w którym lekarz wykonywał bądź wykonuje zawód;
- dokumenty odnoszące się do znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie umożliwiającym wykonywanie zawodu lekarza / lekarza dentysty;
- dokumenty określające przebieg i czas trwania studiów oraz odbytego szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli takie szkolenie odbył;

Inne dokumenty .....

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów obowiązany/a jestem do zawiadamiania okręgowej rady lekarskiej okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, w terminie 30 dni o zmianie danych wymienionych w art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2019 r. poz. 965 z późn. zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce  
Data

Podpis

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

Miejsce  
Data

Podpis

### POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data

Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Poświadcza kwalifikacje lekarza/lekarza dentystry uzyskane poza UE  
 Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Wniosek Komisji:

- Przyznać warunkowe prawo wykonywania zawodu, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry

w okresie od         do

- uznać, że lekarz/lekarz dentysta może wykonywać zawód samodzielnie,

- uznać, że lekarz/lekarz dentysta może wykonywać zawód pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentystry posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty

- Odmówić przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu, wpisania na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji

### UCHWAŁĄ \*PREZYDIUM\* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Panu/Pani

- Zostało przyznane warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry\* na podstawie art. 7 ust. 13 w zw. z ust. 9 i 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2020 r. poz. 514)

na okres 5 lat do

Warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry\* oznaczono numerem

Wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystry

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”

oznaczony numerem seryjnym

- Odmówiono przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry\* na obszarze RP

Data

Podpis

# WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

## ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

## ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRACIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w  nr  z dnia

Panu/Pani

zarejestrowany/a pod numerem -- został/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów w związku z:

wydaniem przez Ministra Zdrowia decyzji administracyjnej, której mowa w art. 7 ust. 22 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514), decyzja z dnia

zrzeczeniem się warunkowego prawa wykonywania zawodu – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

wygaśnięcia warunkowego prawa wykonywania zawodu z powodu upływu okresu, na który zostało przyznane w dniu

pozbawieniem warunkowego prawa wykonywania zawodu z powodu

śmiercią lekarza / lekarza dentysty (na podstawie danych z systemu PESEL, aktu zgonu) w dniu

Data  Podpis przewodniczącego komisji