

.....
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.

Uprowadzony(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.

.....
miejsce, data

.....
podpis, pieczęć

W załączeniu:

dowód opłaty za zaświadczenia

Opłatę należy uiścić na konto PKO BP SA 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570 z dopiskiem „opłata za zaświadczenia do UE”