

.....
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**

W n i o s e k

Działając 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. z 2007 nr 166, poz. 1172) w związku art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 27.10.2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (tj. Dz.U. z 2022 r. poz. 2527) **wnoszę o wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przeze mnie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.**

Oświadczam, że zachowałem prawo do udzielania wskazanych powyżej świadczeń z uwagi na:

1. posiadanie na dzień 29.09.2007 r. *
 - specjalizacji I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej lub
 - specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych lub
 - specjalizacji I lub II stopnia lub tytułu specjalisty w dziedzinie pediatrii
2. udzielania nieprzerwanie przed dniem 29.09.2007 r. przez okres nie krótszy niż 10 lat świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej*.

Przerwania udzielania świadczeń nie stanowi:

1. nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres krótszy niż 6 miesięcy;
2. nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż wskazany w pkt 1 w przypadkach pobierania świadczeń, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 25.06.1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz.U. z 2005 r. nr 31 poz. 267, z 2006 r. nr 221, poz. 1615 oraz z 2007 r. nr 47 poz. 318 i nr 115 poz. 792).

W załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające udzielania nieprzerwanie przed dniem 29.09.2007 r. przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

.....
pieczętka i podpis

* niepotrzebne skreślić