załącznik nr 27 do regulaminu
(szafirowy – PANTONE 7455 U)

OŚWIADCZENIE *LEKARZA /*LEKARZA DENTYSTY OBYWATELA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UE O ZAMIARZE TYMCZASOWEGO I OKAZJONALNEGO WYKONYWANIA ZAWODU *LEKARZA /*LEKARZA DENTYSTY NA OBSZARZE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ

Nr dokumentu	**O-1**
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Jestem ☐ **LEKARZEM** ☐ **LEKARZEM DENTYSTĄ**

Płeć K ☐ M ☐

Nazwisko i imiona

Data urodzenia (rr-mm-dd) ☐☐☐☐ ☐☐ ☐☐

Obywatelstwo państwa UE

Miejsce urodzenia

Nazwa i numer dokumentu tożsamości

Posiadam prawo wykonywania zawodu w

Nazwa i numer dokumentu

wydany przez

Posiadane specjalizacje

.....

.....

.....

☐ **Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty.** (orzeczenie/zaświadczenie*)

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód *lekarza /*lekarza dentysty na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w

.....

miejsce wykonywania zawodu

w ramach *umowy o pracę, /*umowy cywilnej, /*jako wolontariusz, /*zatrudnienia w

.....

nazwa i adres podmiotu

/*prowadzenia praktyki lekarskiej .....

.....

określenie praktyki, zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, adres siedziby

w okresie od ..... **do** .....

*** Jednocześnie oświadczam, że pomieszczenie, w którym będzie wykonywana praktyka, urządzenia, sprzęt medyczny i wyroby medyczne za pomocą których będą wykonywane czynności w ramach praktyki, spełniają wymogi określone w przepisach na podstawie art. 50b ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 jt.).**

*niepotrzebne skreślić

Miejsce i data ☐ Podpis ☐

OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że *władam /*nie władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu *lekarza /*lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data _____ Podpis _____

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o obowiązujących mnie przepisach dotyczących odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza obowiązujących na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, określonych w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.).

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. 9 ust. 2-8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 jt.).

Miejsce i data _____ Podpis _____

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ewidencji lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonej przez Naczelną Radę Lekarską, w zakresie i celu określonych w uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestrów lekarzy (Biuletyn NRL z 2017 nr 2).

Miejsce i data _____ Podpis _____

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo _____

Kraj _____

Region _____

Jednostka administracyjna regionu _____

Gmina _____

Ulica i nr domu/nr lokalu _____

Kod pocztowy _____

Miejscowość _____

Telefon _____

Faks/e-mail _____

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

☐ Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty ☐ Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu

☐ Dowód zmiany nazwiska ☐ Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca ☐ Zaświadczenie o stanie zdrowia

Inne . . . . . .

. . . . . .

. . . . . .