

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

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

ADRES DO KORESPONDENCJI

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

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Kserokopia paszportu |
| <input type="checkbox"/> Kopia dokumentu uprawniającego do wykonywania zawodu w państwie członkowskim UE | <input type="checkbox"/> Świadectwo zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o wykonywaniu zawodu 3/5 lat | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza z UE |
| <input type="checkbox"/> „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry” | |
| <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Zdrowia o skierowaniu na staż adaptacyjny/przystąpieniu do testu umiejętności* | |
| <input type="checkbox"/> Decyzja Ministra Zdrowia potwierdzająca uznanie kwalifikacji do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry* | |

Inne dokumenty

.....

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów 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 2016 r. poz. 522 jt. ze 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:

- Poświadczą uznanie kwalifikacji lekarza/lekarza dentystry przez Ministra Zdrowia
- Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych państwa UE
- Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszono
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- Przyznać prawo wykonywania zawodu wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry
- Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM* OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

- zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5c ust. 1 w zw. z art. 5 ust. 1 pkt 1 i 3-5, ust. 2 oraz art 6 ust. 1, 5 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry ponownie 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 prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentystry został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry pod numerem

Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentystry został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystry pod numerem

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem
dentystów w związku z:

został/ła skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa
wykonywania zawodu (podstawa)

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

Data

Podpis przewodniczącego komisji