

WNIOSEK O  PRYZNANIE  PONOWNE PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA  
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W .....  
(DLA LEKARZA CUDZOZIEMCA)

załącznik nr 25 do regulaminu  
(czerwony - PANTONE 1795 U)

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

**DANE EWIDENCYJNE**

<input type="checkbox"/> Jestem cudzoziemcem - zamierzam podjąć wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP	
Posiadam tytuł zawodowy <input type="checkbox"/> LEKARZA <input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY	
Uzyskany w dniu <input type="text"/>	na podstawie dyplomu nr <input type="text"/>
wydanego przez <input type="text"/> w dniu <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Ukończyłem staż podyplomowy	
<input type="checkbox"/> Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego odbytego za granicą data <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Złożyłem LEK/LDEK data <input type="text"/>	
Uzyskałem prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego numer prawa <input type="text"/>	
Przyznanego przez OIL w ..... w dniu <input type="text"/>	
<input type="checkbox"/> Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, jt.)	<input type="checkbox"/> przyznane na podstawie art. 7 ust. 1, 3 i 5 <input type="checkbox"/> przyznane na podstawie art. 7 ust. 1a-1b, 3 i 5 numer prawa <input type="text"/>
ważne na okres (data) <input type="text"/>	

Nazwisko i imiona		Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Imię ojca		Imię matki	
Nazwisko rodowe		Nazwisko poprzednie	
Data urodzenia (rr-mm-dd) <input type="text"/>		Miejsce urodzenia	
Obywatelstwo		Numer paszportu	
Numer PESEL <input type="text"/>		Numer NIP <input type="text"/>	

**OŚWIADCZENIA**

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

Miejsce i data  Podpis

Świadomy 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 umyślne 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 2017 r. poz. 125 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)

Władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie niezbędnym do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty określonym w przepisach wydanych na podstawie art. 7a pkt 1 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

Ukończyłem studia medyczne w języku polskim.  
 Złożyłem egzamin z języka polskiego, o którym mowa w art. 7 ust 3 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.  
 Przedkładam dokument potwierdzający znajomość języka polskiego wymieniony w wykazie, o którym mowa w art. 6 ust. 2b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty

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 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.).

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

## PRAWO POBYTU

Uzyskałem prawo pobytu na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej

wizę z prawem wielokrotnego wjazdu

zezwolenie na pobyt czasowy

pobyt rezydenta długoterminowego UE

status uchodźcy

zgoda na pobyt tolerowany

zezwolenie na pobyt stały

decyzję o udzieleniu ochrony uzupełniającej

## MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
Miejscowość	Telefon	E-mail

## ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy [ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data [ ][ ]-[ ][ ]-[ ][ ][ ][ ]

Podpis [ ]

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje zawodowe\*

Zaświadczenie o uznaniu równoważności dyplomu

Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry\*

Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia o zaliczeniu stażu

Świadectwo złożenia LEK/LDEK\*

Zaświadczenie o znajomości języka polskiego

Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej

Kserokopia paszportu

Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP

Orzeczenie o stanie zdrowia

Dowód zmiany nazwiska

Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca

Inne dokumenty .....

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów 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:

- Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski
- Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych RP lub innego państwa
- Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszono
- Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu
- Brak ciągłości wykonywania zawodu w ciągu ostatnich 5 lat
- Uzyskał prawo pobytu na obszarze RP
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- \*Przyznać / \*ponownie przyznać prawo wykonywania zawodu wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów \* na czas określony / \*czas nieokreślony
- Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji

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

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Panu/Pani

- zostało / ponownie zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

na podstawie art. 7 ust. 1, 3 i 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty

- bez ograniczeń

- z ograniczeniami

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty ponownie oznaczono numerem

wpisano / ponownie wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentyistów

pod numerem

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

oznaczony numerem seryjnym

- Odmówiono przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

- Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentyista został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów 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/a 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

pozbawieniem prawa  
wykonywania zawodu (podstawa)

wygaśnięciem terminu ważności prawa wykonywania zawodu

w dniu

śmiercią lekarza (na podstawie danych z systemu PESEL, akt zgonu)

w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji