

imię i nazwisko

adres

nr prawa wykonywania zawodu

**Okręgowa Rada Lekarska
w Białymstoku**

Proszę o wydanie następujących zaświadczeń (niepotrzebne skreślić):

1. Zaświadczenie stwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza/ lekarza dentysty.
2. Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza/ lekarza dentysty.
3. Zaświadczenie stwierdzające posiadanie przez lekarza/ lekarza dentystę specjalizacji równorzędnej ze specjalizacją wymienioną w przepisach obowiązujących w UE w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej.
4. Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza/ lekarza dentysty.
5. Inne
-
-

Cel wydania zaświadczenia

Kraj docelowy

Pouczenie:

1. Dane osobowe wnioskującego będą przetwarzane w systemie IMI – System Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym (Internal Market Information) w celu udzielenia informacji o kwalifikacjach zawodowych, postawie etycznej oraz odpowiedzi na pytania kierowane przez instytucje właściwe w państwach członkowskich UE i EOG.
2. Osobie wnioskującej przysługuje prawo do dostępu do swoich danych osobowych oraz żądania ich sprostowania lub usunięcia w terminie 30 dni.
3. Dane kontaktowe administratora danych osobowych:
Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku
ul. Świętojańska 7
15-082 Białystok
tel. 85 73 21 935; fax 85 73 27 172; e-mail bialystok@hipokrates.org

.....
(data)

.....
(podpis/i pieczętka)