

**WNIOSEK O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA
ZAWODU LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W **BIAŁYMSTOKU**

Nr dokumentu	W-2
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	☒ LEKARZA	☐ LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	XX XX XXXX	na podstawie dyplomu nr XXXX
wydanego przez	UNIwersytet Medyczny w	w dniu XX XX XXXX
☒ Ukończyłem staż podyplomowy ☐ Uzyskałem uznanie przez Ministra Zdrowia stażu podyplomowego odbytego za granicą data 31 10 2026		
☒ Złożyłem LEK/LDEK data XX XX XXXX		
Uzyskałem prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego		numer prawa XXXX XXXX
Przyznano przez OIL w BIAŁYMSTOKU		w dniu XX XX XXXX

Nazwisko i imiona	JAN KOWALSKI	Płeć ☒ K ☐ M
Nazwisko rodowe	KOWALSKI	Nazwisko poprzednie
Imię ojca	RYSZARD	Imię matki BARBARA
Data urodzenia (rr-mm-dd)	XX XX XX	Miejsce urodzenia BIAŁYSTOK
Obywatelstwo ☒ polskie ☐ inne:		Stosunek do służby wojskowej ☐ zawodowa ☐ czynna ☒ rezerwa ☐ nie podlega
Numer PESEL	XX XX XX XX XX XX XX XX	Numer paszportu

OŚWIADCZENIA

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

Miejsce i data	BIAŁYSTOK,	Podpis	JAN KOWALSKI
----------------	-------------------------	--------	---------------------

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 umyślnie 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	BIAŁYSTOK,	Podpis	JAN KOWALSKI
----------------	-------------------------	--------	---------------------

☒ 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	BIAŁYSTOK,	Podpis	JAN KOWALSKI
----------------	-------------------------	--------	---------------------

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	BIAŁYSTOK,	Podpis	JAN KOWALSKI
----------------	-------------------------	--------	---------------------

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	BIAŁYSTOK,	Podpis	JAN KOWALSKI
----------------	-------------------------	--------	---------------------

MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA ☐ **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** ☐

Województwo PODLASKIE	Powiat BIĄŁYSTOK	Gmina BIĄŁYSTOK
Ulica i nr domu/nr lokalu ŚWIĘTOJAŃSKA 7		Kod pocztowy [][]-[][][]
Miejscowość BIĄŁYSTOK	Telefon XXXXXXXXXX	E-mail XXXX@XXXX.PL

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo	Powiat	Gmina
Ulica i nr domu/nr lokalu J.W. (lub inny adres)		Kod pocztowy [][]-[][][]
Miejscowość	Telefon	E-mail

Data

Podpis

JAN KOWALSKI

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| ☐ Kopia dyplomu/dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne*
lekarza/lekarza dentysty | ☒ Karta stażu podyplomowego/decyzja Ministra Zdrowia
o zaliczeniu stażu* |
| ☒ Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu | ☒ Świadczenie złożenia LEK/LDEK* |
| ☒ Orzeczenie o stanie zdrowia | ☐ Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego |
| ☐ Dowód zmiany nazwiska | ☐ Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP |
| ☒ „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty” | |

Inne dokumenty

.....

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

BIĄŁYSTOK,.....

Podpis

JAN KOWALSKI

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej

Miejsce
Data

BIĄŁYSTOK,.....

Podpis

JAN KOWALSKI

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza” ☐

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” ☐

z numerem rejestru

[][]	[][]	[][][][][][][][]
--------	--------	--------------------------

oznaczonego numerem seryjnym

[][]	[][][][][][][][]
--------	--------------------------

Data

Podpis