

**WNIOSEK O PRZENIESIENIE I WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W .....**

Nr dokumentu	<b>W-3</b>
Data przyjęcia dokumentu	

Proszę o przyjęcie do Izby w związku z:

### DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł zawodowy

LEKARZA

LEKARZA DENTYSTY

Jestem członkiem OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

zarejestrowanym pod numerem rejestru

w .....

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Nazwisko i imiona

Posiadam prawo wykonywania  
zawodu numer

przyznanym przez

data

Posiadam prawo wykonywania  
zawodu przyznane w celu  
odbycia stażu podyplomowego  
numer

--	--	--	--	--	--	--	--

OIL w .....

wydania

--	--	--	--	--	--	--	--

Wykonuję zawód lekarza/lekarza dentysty nieprzerwanie w okresie ostatnich 5 lat

Zaprzestałem wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty z dniem .

--	--	--	--	--	--	--	--

### PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

Nazwa zakładu leczniczego

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica i nr domu

Telefon

Przewidywane miejsce prowadzenia praktyki lekarskiej

Miejscowość

Kod pocztowy

Ulica i nr domu

Telefon

### MIEJSCE ZAMELDOWANIA/ZAMIESZKANIA

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon

Faks

### ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon

Faks

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

--

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza”

Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”

Świadcstwo ostatniego miejsca pracy/zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich

Inne dokumenty .....

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

Data

Podpis

### POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”

z numerem rejestru

Data

Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Nie figuruje/figuruje w rejestrze ukaranych lekarzy
- Przeciwno wnioskodawcy [nie toczy/toczy] się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski
- 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 lekarza
- Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5 latach

Uwagi/brakujące dokumenty

Wniosek Komisji:

- Wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów
- Wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów i skierować do odbycia przeszkolenia
- Odmówić wpisania na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji

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

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

\*Prezydium \*ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

przyjąć do Izby wpisać na listę członków i zarejestrować w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystrów pod numerem

bez ograniczeń

z ograniczeniami

Przekazać ORL w

informację o podjęciu uchwały w sprawie wpisania lekarza/lekarza dentystry na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów

Data

Podpis