**WNIOSEK**

**Imię i nazwisko ……………………………………………………………………………………………………………………….**

**Nr prawa wykonywania zawodu ……………………………………………………………………………………………..**

**Adres do korespondencji …………………………………………………………………………………………………………**

**Telefon, e-mail …………………………………………………………………………………………………………………………**

1. Zaświadczenie potwierdzające kwalifikacje formalne lekarza/ lekarza dentysty
2. Zaświadczenie potwierdzające wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty przez okres co najmniej 3 lata z ostatnich 5 lat – (prawa nabyte)
3. Zaświadczenie potwierdzające posiadanie specjalizacji
w dziedzinie…………………………………………………………………………..
4. Zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza/ lekarza dentysty

**Oświadczenia :**

Uprzedzony o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań (art.233KK) niniejszym oświadczam, że nie jestem karany sądownie oraz , że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie karne.
W przypadku podjęcia wykonywania zawodu poza granicami kraju, zobowiązuję się złożyć stosowne oświadczenie o zaprzestaniu wykonywania zawodu na terenie RP.

Zobowiązuję się do opłacania składek członkowskich z godnie z uchwała NRL z dnia 05.09.2014r. Zwolnienie z obowiązku opłacania składek następuje po skreśleniu z rejestru OIL (oświadczenie o zrzeczeniu się prawa wykonywania zawodu)

miejscowość, data podpis, pieczątka