



**MIEJSCE STAŁEGO ZAMELDOWANIA**  **MIEJSCE ZAMIESZKANIA** 

Województwo	Powiat	Gmina/Dzielnica
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

**ADRES DO KORESPONDENCJI**

Województwo	Powiat	Gmina/Dzielnica
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy <input type="text"/> - <input type="text"/>
Miejscowość	Telefon	E-mail

Miejsce   
Data Podpis **ZAŁĄCZONE DOKUMENTY**

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Miękka kopia dyplomu / kopia dyplomu / dokumentu potwierdzającego*<br>kwalifikacje formalne lekarza/lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Orzeczenie o stanie zdrowia                        |
| <input type="checkbox"/> Kserokopia dowodu osobistego lub paszportu  | <input type="checkbox"/> Dokument uprawniający do pobytu na obszarze RP     |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający zmianę nazwiska   | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego |
|  | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca                |

Inne .....

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

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data Podpis

## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

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

- Podjął wykonywanie zawodu przed upływem 5 lat od uzyskania dyplomu
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty
- Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu
- Nie spełnia warunków przyznania prawa wykonywania zawodu (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi/brakujące dokumenty/ograniczenia

Wniosek Komisji:

- Przyznać prawo wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentyistów
- Odmówić przyznania prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji

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

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Panu/Pani

przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty na obszarze RP w celu odbycia stażu podyplomowego przez okres nie dłuższy niż 5 lat od dnia podjęcia uchwały.

na podst. art. 5 ust. 7 w związku z art. 5 ust. 1-5 i art. 6 ust. 10

na podst. art. 7 ust. 2 w zw. z art. 15 ust. 3e / 3f ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty

ważne do

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentyisty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza/ lekarza dentyistę 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 nr seryjnym

z wpisem urzędowym

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

### POTWIERDZENIE ODBYCIA STAŻU PODYPLOMOWEGO

Karta stażu podyplomowego numer  z dnia

Decyzja Ministra Zdrowia o uznaniu stażu podyplomowego odbytego za granicą z dnia

Data

Podpis

### ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w  nr  z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem

został/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy/lekarzy dentystów w związku z:

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego i rezygnacją z członkostwa   
– oświadczeniem zainteresowanego lekarza/lekarza dentysty z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa wykonywania zawodu w celu odbycia stażu podyplomowego

upływem terminu ważności prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego – ukończeniu stażu

wygaśnięciem terminu prawa wykonywania zawodu przyznanego w celu odbycia stażu podyplomowego w dniu

śmiercią lekarza (na podstawie danych z systemu PESEL, aktu zgonu) w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji