

imię i nazwisko

nr prawa wykonywania zawodu

adres do korespondencji

telefon, e-mail

Okręgowa Izba Lekarska  
ul. Czerwona 3  
93-005 Łódź

Wniosek

W związku z zamiarem podjęcia wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na terenie państwa członkowskiego UE uprzejmie proszę o wydanie następujących zaświadczeń:

zaświadczenie potwierdzające posiadanie formalnych kwalifikacji lekarza, lekarza dentysty, który złożył /nie złożył LEP/ LEK, LDEP/LDEK

zaświadczenie dotyczące postawy etycznej lekarza, lekarza dentysty

zaświadczenie potwierdzające posiadanie specjalizacji (tytuł specjalisty) w dziedzinie:

..... wymienionej w przepisach UE

inne

.....  
.....

Preferowany sposób odbioru wystawionych zaświadczeń

odbiór osobisty w Dziale Rejestru Lekarzy OIL w Łodzi

odbiór przez osobę upoważnioną:

.....

Oświadczenia

W oparciu o art. 6 ust. 1 w zw. z art. 8 pkt. 3 i art. 39 ust. 1 pkt. 11 ustawy z dnia 02.12.2009 r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz. U. z 2015 r. poz. 651 ze zmianami) przyjmuję do wiadomości, że ze względu na fakt, iż nie zrzekłem/am się prawa wykonywania zawodu lekarza na terenie Rzeczypospolitej Polskiej, pozostając jednocześnie członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi, nadal jestem zobowiązany/a do opłacania składek na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi zgodnie z uchwałą 27/14/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 05.09.2014 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej.

Oświadczam, że regularnie opłacam składkę członkowską na rzecz Okręgowej Izby Lekarskiej w Łodzi

Oświadczam, że zostałem poinformowany o możliwości zaistnienia potrzeby przetwarzania moich danych osobowych za pośrednictwem Systemu Wymiany Informacji na Rynku Wewnętrznym (system IMI) przez właściwe organy państw członkowskich UE.

Uprzedzony(a) o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań (art. 233 kk) niniejszym oświadczam, że nie jestem karany(a) sądownie oraz, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie karne.

.....

.....

miejsowość, data

podpis, pieczęć