



WNIOSEK O UZNANIE KWALIFIKACJI FORMALNYCH,  
PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW  
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ... KATOWICACH .....  
(DLA LEKARZA - OBYWATELA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UE)

Nr dokumentu	<b>W-2A</b>
Data przyjęcia dokumentu	

## DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	<input checked="" type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	<u>31 05 2022</u>	na podstawie dyplomu nr <u>LE 08754</u>
wydanego przez	<u>UNIWERSYTET KONENSKIEGO w BRATYSŁAWA</u>	w dniu <u>31 05 2022</u>
<input type="checkbox"/> wykonuję zawód w .....	..... nazwa państwa	od dnia <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>
<input type="checkbox"/> uzyskałem prawo wykonywania zawodu ww. państwie na podstawie .....	..... nazwa dokumentu	nr/nr rejestru .....
wydanym przez .....		w dniu <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u> <u>  </u>
Nazwisko i imiona	<u>JADCZYK ALEKSANDRA</u>	Płeć K <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nazwisko rodowe	<u>NOWAK</u>	Nazwisko poprzednie
Imię ojca	<u>JAN</u>	Imię matki <u>JANINA</u>
Data urodzenia (rr-mm-dd)	<u>19 06 1993</u>	Miejsce urodzenia <u>KATOWICE</u>
Obywatelstwo państwa UE	<u>POLSKA</u>	Numer paszportu .....
Informacje uzupełniające		wydany przez: .....

## OŚWIADCZENIA

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

Miejsce i data Katowice, 6.10.2022r. Podpis Jadczyk

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 Katowice, 6.10.2022 r. Podpis Jadczyk

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 Katowice, 6.10.2022 r. Podpis Jadczyk

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 Katowice, 6.10.2022 r. Podpis Jadczyk

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 Katowice, 6.10.2022r. Podpis Jadczyk



## MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Państwo <b>POLSKA</b>	Jednostka administracyjna państwa		
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina <b>KATOWICE</b>	
Ulica i nr domu/nr lokalu <b>GRAZYŃSKIEGO 11/8</b>		Kod pocztowy <b>40-126</b>	
Miejscowość <b>KATOWICE</b>	Telefon <b>661266388</b>	E-mail <b>ajadczyk@gmail.com</b>	

## ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo <b>J.W.</b>	Kraj		
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

Data

**6.10.2022**

Podpis

**Jadczyk**

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry / dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne          | <input type="checkbox"/> Kserokopia dwóch stron paszportu                   |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o uzyskaniu kwalifikacji formalnych   | <input type="checkbox"/> Świadectwo zdrowia                                 |
| <input type="checkbox"/> Świadectwo, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska                              |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry                | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza z UE                       |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry                | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej     |   |

Inne dokumenty .....

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**Katowice, 6.10.2022r.**

Podpis

**Jadczyk**

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

Miejsce  
Data**Katowice, 6.10.2022r.**

Podpis

**Jadczyk**

## 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:

- Poświadcza formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentystry
- Nie figuruje/figuruje w rejestrze skazanych państwa UE
- Przeciwno wnioskodawcy nie toczy/toczy postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszono
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- Uznać kwalifikacje formalne, przyznać prawo wykonywania zawodu, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów
- Odmówić uznania kwalifikacji formalnych i przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji

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

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Panu/Pani

- zostały uznane kwalifikacje formalne do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry\*, zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry\* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, pkt 3-5, ust. 2/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5a/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5b/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2\* oraz art. 6 ust. 1-5 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystrów

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”

oznaczony numerem seryjnym

- Odmówiono uznania kwalifikacji formalnych i przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentystry został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów pod numerem

Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentystry został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystrów pod numerem



## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

### 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 i lekarzy dentystów w związku z:

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego 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 (podstawa)

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

Data

Podpis przewodniczącego komisji