

**WNIOSEK O PRYZNANIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU  
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY,  
WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU  
LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW**

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

OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W ... KATOWICACH .....**DANE EWIDENCYJNE**Posiadam tytuł  LEKARZA  LEKARZA DENTYSTYUzyskany w dniu 27 06 2014 na podstawie dyplomu nr WX 56789wydanego przez LWOWSKI UM w LWOWIE w dniu 27 06 2014

Uzyskałem prawo wykonywania zawodu ..... Nr .....

Przyznane przez ..... w dniu .....

Posiadam / nie posiadam\* tytuł specjalisty CHIRURGIA OGÓLNA  
wydany przez .....Uzyskałem decyzję ministra zdrowia z dnia 20 22 04 13 o udzieleniu zgody na warunkowe wykonywanie zawodu lekarza  lekarza dentysty samodzielnie  pod nadzorem lekarza / lekarza dentysty posiadającego specjalizację II st. lub tytuł specjalisty (decyzja w załączeniu).

Nazwisko i imiona <u>REHO NATALIIA OLENA</u>	Płeć <input checked="" type="checkbox"/> K <input type="checkbox"/> M
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie
Imię ojca <u>FEDIR</u>	Imię matki <u>OLENA</u>
Data urodzenia (rr-mm-dd) <u>1991 01 28</u>	Miejsce urodzenia <u>LWÓW</u>
Obywatelstwo <u>UKRAINA</u>	Jeżeli posiada obywatelstwo polskie <input type="checkbox"/> Numer PESEL <u>91012824486</u>

**Dokument tożsamości – paszport**

Nazwa państwa / Country <u>UKRAINA</u>	Typ /Type	Kod / Code	Numer dokumentu / Passport No <u>KW 7691661</u>
Nazwisko / Surname <u>REHO</u>	Imiona / Given names <u>NATALIIA OLENA</u>		
Obywatelstwo / Nationality <u>UKRAINA</u>	Data urodzenia / Date of birth <u>1991 01 28</u>		
Płeć / Sex <u>KOBIETA</u>	Miejsce urodzenia / Place of birth <u>LWÓW</u>		
Organ wydający / Authority <u>POLICJA</u>	Data wydania / Date of issue <u>2020 07 18</u>		
Data ważności / Date of expiry <u>2030 07 18</u>	Podpis / Holders signature <u>Reh</u>		

**OŚWIADCZENIA**

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

Miejsce i data KATOWICE, 14.07.2022v. Podpis Reh

Świadomy/a 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 umyślne 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 2020 r. poz. 514 jt.), mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data KATOWICE, 14.07.2022v. Podpis Reh

Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (w załączeniu orzeczenie)

Miejsce i data KATOWICE, 14.07.2022v. Podpis Reh



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 2019 r. poz. 965 jt. ze zm.). Potwierdzam, że zapoznałem się z klauzulą informacyjną dotyczącą ochrony danych osobowych stanowiącą załącznik nr 1 do wniosku.

Miejsce i data

KATOWICE, 14.07.2022v.

Podpis

Ref

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, 14.07.2022v.

Podpis

Ref

Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód w podmiocie leczniczym

MŚWIA KATOWICE  
(nazwa i adres podmiotu leczniczego)

przeznaczonym do udzielania świadczeń zdrowotnych pacjentom chorym na COVID-19.

Miejsce i data

KATOWICE, 14.07.2022v.

Podpis

Ref

### MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Państwo	POLSKA	Jednostka administracyjna państwa	POLSKA		
Region	CHORZÓW	Jednostka administracyjna regionu	CHORZÓW		
Ulica i nr domu/nr lokalu	WOLNOŚCI 5/18	Kod pocztowy	41-500		
Miejscowość	CHORZÓW	Telefon	783 333 555	E-mail	kwiatuszek@gmail.com

### ADRES DO KORESPONDENCJI (wypełnić jedynie, jeśli inny niż miejsce stałego zamieszkania)

Państwo	POLSKA	Kraj	POLSKA		
Region	CHORZÓW	Jednostka administracyjna regionu	CHORZÓW		
Ulica i nr domu/nr lokalu	WOLNOŚCI 5/18	Kod pocztowy	41-500		
Miejscowość	CHORZÓW	Telefon	783 333 555	E-mail	kwiatuszek@gmail.com

### ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- decyzja Ministra Zdrowia, o której mowa w art. 7 ust. 12 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- dyplom/kopia\* dyplomu spełniający warunki, spełniający warunki określone w art. 7 ust. 2a pkt 7 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- dokument potwierdzający uzyskanie tytułu specjalisty spełniający warunki określone w art. 7 ust. 2a pkt 8 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, jeśli taki tytuł posiada;
- orzeczenie o stanie zdrowia, o którym mowa w art. 6 ust. 4 lub art. 6 ust. 5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej wydany przez uprawniony organ w państwie, w którym lekarz wykonywał bądź wykonuje zawód;
- dokumenty odnoszące się do znajomości języka polskiego w mowie i w piśmie w zakresie umożliwiającym wykonywanie zawodu lekarza / lekarza dentysty;
- dokumenty określające przebieg i czas trwania studiów oraz odbytego szkolenia specjalizacyjnego, jeżeli takie szkolenie odbył;

Inne dokumenty .....

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów 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 2019 r. poz. 965 z późn. zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce i data

KATOWICE, 14.07.2022v.

Podpis

Ref



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 dentysty”

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data

Podpis

**WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA**

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

- Poświadczą kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty uzyskane poza UE
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Wniosek Komisji:

- Przyznać warunkowe prawo wykonywania zawodu, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

w okresie od [ ][ ][ ][ ][ ][ ] do [ ][ ][ ][ ][ ][ ]

- uznać, że lekarz/lekarz dentysta może wykonywać zawód samodzielnie,
- uznać, że lekarz/lekarz dentysta może wykonywać zawód pod nadzorem odpowiednio lekarza albo lekarza dentysty posiadającego specjalizację II stopnia lub tytuł specjalisty

- Odmówić przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu, wpisania na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Data

Podpis  
przewodniczącego  
komisji

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

Numer Uchwały \*Prezydium \*ORL

z dnia

Panu/Pani

- Zostało przyznane warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty\* na podstawie art. 7 ust. 13 w zw. z ust. 9 i 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514)

na okres 5 lat do

Warunkowe prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty\* oznaczono numerem

Wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” z wpisem urzędowym określonym uchwałą

oznaczony numerem seryjnym

- Odmówiono przyznania warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty\* na obszarze RP

Data

Podpis



## WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

### ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

### ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRACIE WARUNKOWEGO PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w  nr  z dnia

Panu/Pani

zarejestrowany/a pod numerem -- został/a skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów w związku z:

wydaniem przez Ministra Zdrowia decyzji administracyjnej, której mowa w art. 7 ust. 22 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2020 r. poz. 514), decyzja z dnia

zrzeczeniem się warunkowego prawa wykonywania zawodu – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

wygaśnięcia warunkowego prawa wykonywania zawodu z powodu upływu okresu, na który zostało przyznane w dniu

pozbawieniem warunkowego prawa wykonywania zawodu z powodu

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

Data  Podpis przewodniczącego komisji