

**WNIOSEK O PRZENIESIENIE I WPISANIE NA LISTĘ CZŁONKÓW
ORAZ WPIS DO OKRĘGOWEGO REJESTRU LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W KATOWICACH**

Nr dokumentu	W-3
Data przyjęcia dokumentu	

Proszę o przyjęcie do Izby w związku z:

ZMIANĄ MIEJSCA ZATRUDNIENIA

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł zawodowy

☒ LEKARZA

☐ LEKARZA DENTYSTY

Jestem członkiem OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

zarejestrowanym pod numerem rejestru

w **KRAKOWIE**

57 11 3009988

Nazwisko i imiona

NOWAK EWA

☒ Posiadam prawo wykonywania
zawodu numer

przyznanym przez

☐ Posiadam prawo wykonywania
zawodu przyznane w celu
odbycia stażu podyplomowego
numer

3009988

OIL w **KRAKOWIE**

data

wydania

25 09 2020

☒ Wykonuję zawód lekarza/lekarza dentysty nieprzerwanie w okresie ostatnich 5 lat

☐ Zaprzestałem wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty z dniem

PRZEWIDYWANE NOWE MIEJSCE WYKONYWANIA ZAWODU

Nazwa zakładu leczniczego **OKRĘGOWY SZPITAL KOLEJOWY ODDZ. OKULISTYKI od**

Miejscowość **KATOWICE**

Kod pocztowy **40-751**

Ulica i nr domu **PANEWNICKA 65**

Telefon **32 6055300**

Przewidywane miejsce prowadzenia praktyki lekarskiej

Miejscowość

Kod pocztowy . . . - . . .

Ulica i nr domu

Telefon

MIEJSCE ZAMELDOWANIA/ZAMIESZKANIA

Województwo **ŚLĄSKIE**

Powiat **KATOWICE**

Gmina **KATOWICE**

Ulica i nr domu/nr lokalu **RODZIENSKIEGO 86/100**

Kod pocztowy **40-293**

Miejscowość **KATOWICE**

Telefon **600298083**

Faks

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

je. Nr

Kod pocztowy . . . - . . .

Miejscowość

Telefon

Faks

Data **KATOWICE, 01.10.2022**

Podpis

Nowak

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, 01.10.2022

Podpis

Nowak

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

☒ Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza”

☐ Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

☒ Świadectwo ostatniego miejsca pracy/zaświadczenie o wpisie do rejestru praktyk lekarskich

Inne dokumenty

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

Data Katowice, 01.10.2022

Podpis

Nowak

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numerem rejestru

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- ☐ Nie figuruje/figuruje w rejestrze ukaranych lekarzy
- ☐ Przeciwko wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie prowadzone przez rzecznika odpowiedzialności zawodowej lub sąd lekarski
- ☐ Przeciwko wnioskodawcy nie toczy/toczy się postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- ☐ Prawo wykonywania zawodu nie zostało/zostało zawieszone
- ☐ Złożył dokumenty potwierdzające ciągłość wykonywania zawodu lekarza
- ☐ Brak ciągłości w wykonywaniu zawodu w ostatnich 5 latach

Uwagi/brakujące dokumenty

Wniosek Komisji:

- ☐ Wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
- ☐ Wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów i skierować do odbycia przeszkolenia
- ☐ Odmówić 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

*Prezydium *ORL postanawia w sprawie Pana/Pani

przyjąć do Izby wpisać na listę członków i zarejestrować w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów

pod numerem

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

☐ bez ograniczeń

☐ z ograniczeniami

Przekazać ORL w

informację o podjęciu uchwały w sprawie wpisania lekarza/lekarza dentysty na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

Data

Podpis