

**WNIOSEK
O PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY
ZGODNIE Z POSIADANYM OBYWATELSTWEM**

(DLA LEKARZA CZŁONKA IZBY, KTÓRY UZYSKAŁ OBYWATELSTWO POLSKIE)

Nr dokumentu	W-4
Data przyjęcia dokumentu	

DANE EWIDENCYJNE

Jestem

☒ LEKARZEM

☐ LEKARZEM DENTYSTĄ

Posiadam prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty (stomatologa) na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej

Numerem prawa wykonywania zawodu 1234567

Numerem rejestru 55 – 14 – 1234567

Uzyskałem nadanie obywatelstwa polskiego

Nazwisko i imiona

FISCHER PAUL

Dotychczasowe obywatelstwo

ALBAŃSKIE

zachowuje drugie

☐ TAK

☒ NIE

jeśli tak, to jakie

Data uzyskania obywatelstwa polskiego (rr-mm-dd)

2022 – 07 – 12

Numerem ewidencyjny PESEL

81031501214

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Województwo

ŚLĄSKIE

Powiat

KATOWICE

Gmina

KATOWICE

Ulica i nr domu/nr lokalu

ŚLĄSKA 2/3

Kod pocztowy

40 – 114

Miejscowość

KATOWICE

Telefon

501 111 333

E-mail

paul.fischer@gmail.com

ADRES DO KORESPONDENCJI

Województwo

Powiat

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

J. U.

Kod pocztowy

 –

Miejscowość

Telefon

E-mail

Data

10.08.2022.

Podpis

Fischer Paul

Uwagi:

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

☒ Kserokopia postanowienia Prezydenta RP o nadaniu obywatelstwa polskiego / decyzji właściwego wojewody

☐ Kserokopia dowodu osobistego

☒ Kserokopia „Prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty”

Inne dokumenty 20/10/2022

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 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce
Data

KATOWICE 10.08.2022r.

Podpis

Fischer Paul

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

Miejsce
Data

KATOWICE 10.08.2022r.

Podpis

Fischer Paul

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:

☐ Spełnia warunki przyznania prawa wykonywania zawodu zgodnie z uzyskanym obywatelstwem polskim

☐ Nie spełnia warunków (uzasadnienie w załączeniu)

Uwagi:

Data

Podpis
przewodniczącego
komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

KTÓRY/A UZYSKAŁ/ŁA OBYWATELSTWO POLSKIE

posiadającemu/ej prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty

numer

zarejestrowanemu/ej w rejestrze OIL

pod numerem

przyznano prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podstawie art. 5 ust. 1-5 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125, tj.)

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty” z wpisem dotyczącym uchwały okręgowej rady lekarskiej o przyznaniu prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, zgodnie z posiadanym obywatelstwem obejmującym nazwę i siedzibę okręgowej rady lekarskiej imię i nazwisko lekarza podstawę prawną prawa wykonywania zawodu, numer i datę uchwałę okręgowej rady, podpis sekretarza i prezesa.

z numerem seryjnym

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

☐ Uchwałą ORL nr

z dnia

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

☐ Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentysta został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów 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
dentystów w związku z:

został/ła skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy

☐ 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