



WNIOSEK O UZNANIE KWALIFIKACJI FORMALNYCH,
PRYZNANIE PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
LEKARZA/LEKARZA DENTYSTY, WPISANIE NA LISTĘ CZŁNKÓW
ORAZ WPIS DO REJESTRU OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ

Nr dokumentu	W-2A
Data przyjęcia dokumentu	

W
(DLA LEKARZA-OBYWATELA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UE)

DANE EWIDENCYJNE

Posiadam tytuł	<input type="checkbox"/> LEKARZA	<input type="checkbox"/> LEKARZA DENTYSTY
Uzyskany w dniu	.....	na podstawie dyplomu nr
wydanego przez	w	w dniu
<input type="checkbox"/> wykonuję zawód w	..... nazwa państwa	od dnia
<input type="checkbox"/> uzyskałem prawo wykonywania zawodu w w. państwie na podstawie	..... nazwa dokumentu	nr/nr rejestru
wydanym przez	.....	w dniu
Nazwisko i imiona	Płeć K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	
Nazwisko rodowe	Nazwisko poprzednie	
Imię ojca	Imię matki	
Data urodzenia (rr-mm-dd)	.....	Miejsce urodzenia
Obywatelstwo państwa UE	Numer paszportu	
Informacje uzupełniające	wydany przez:	
<input type="checkbox"/> Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (orzeczenie/zaświadczenie*)		

OŚWIADCZENIA

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

Miejsce i data: Podpis:

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 umyślne popełnione przestępstwo lub przestępstwo skarbowe oraz że nie zachodzą okoliczności, które zgodnie z Kodeksem Etyki Lekarskiej oraz innymi 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, mogłyby mieć wpływ na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty na terytorium Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce i data: Podpis:

Świadomy odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że 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.

Miejsce i data: Podpis:

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w okręgowym rejestrze lekarzy i Centralnym Rejestrze Lekarzy w celu i w zakresie określonych w nr 104/97/II Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 27 września 1997 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentysty oraz prowadzenia rejestrów lekarzy oraz w celu otrzymywania insertów reklamowych, przesyłanych wraz z „Gazetą Lekarską” lub biuletynem właściwej okręgowej izby lekarskiej.

Miejsce i data: Podpis:

Oświadczam, że zostałem poinformowany o nazwie i siedzibie administratora danych osobowych, celu zbierania danych osobowych, o prawie dostępu do treści moich danych osobowych i prawie ich poprawiania oraz o obowiązku podania danych osobowych na podstawie z art. 5 pkt. 2 w zw. z pkt. 3 i 4, art. 25 pkt. 12 i art. 39 pkt. 15, art. 49 ust. 6 i 7 oraz art. 52 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219, poz. 1708).

Miejsce i data: Podpis: