

.....
imię i nazwisko

.....
miejscowość, data

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
adres

Proszę o wydanie zaświadczenia dotyczącego zgodności uzyskanego przeze mnie wykształcenia medycznego w odniesieniu do dyrektywy UE 2005/36/WE Parlamentu Europejskiego i Rady.

1. Zaświadczenie o posiadaniu formalnych kwalifikacji lekarza (zaświadczenie wydaje się tylko dla lekarza medycyny)
2. Zaświadczenie stwierdzające posiadanie specjalizacji równorzędnej ze specjalizacją wymienioną w przepisach obowiązujących w UE w odniesieniu do Rzeczypospolitej Polskiej.
3. Zaświadczenie potwierdzające okres wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry
4. zaświadczenie o postawie etycznej
5. zaświadczenie stwierdzające równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentystry

Jednocześnie zobowiązuje się w przypadku podjęcia wykonywania zawodu na obszarze innego państwa niż Rzeczypospolita Polska, do przesłania oświadczenia o zaprzestaniu wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry na obszarze RP do siedziby Beskidzkiej Izby Lekarskiej w Bielsku-Białej.

.....
podpis wnioskodawcy

