

.....
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/lekarza dentysty
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 dentysty
4. Zaświadczenie o postawie etycznej
5. Zaświadczenie stwierdzające równoważność tytułu lekarza stomatologa z tytułem lekarza dentysty

(Właściwe punkty zaznaczyć)

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

.....
podpis wnioskodawcy

