



**OŚWIADCZENIE \*LEKARZA /\*LEKARZA DENTYSTY  
OBYWATELA PAŃSTWA CZŁONKOWSKIEGO UE  
O ZAMIARZE TYMCZASOWEGO I OKAZJONALNEGO  
WYKONYWANIA ZAWODU \*LEKARZA /\*LEKARZA DENTYSTY  
NA OBSZARZE RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ**

Nr dokumentu	<b>0-1</b>
Data przyjęcia dokumentu	

**DANE EWIDENCYJNE**

<b>Jestem</b>	<input type="checkbox"/> LEKARZEM	<input type="checkbox"/> LEKARZEM DENTYSTĄ	<b>Płeć</b> K <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Nazwisko i imiona			
Data urodzenia (rr-mm-dd)		Obywatelstwo państwa UE	
Miejsce urodzenia			
Nazwa i numer dokumentu tożsamości			
Posiadam prawo wykonywania zawodu w			
Nazwa i numer dokumentu			
wydany przez			
Posiadane specjalizacje			
.....			
.....			
.....			

Posiadam stan zdrowia pozwalający na wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentysty. (orzeczenie/zaświadczenie\*)

**OŚWIADCZENIA**

**Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód \*lekarza /\*lekarza dentysty na obszarze Okręgowej Izby Lekarskiej w**  
.....  
miejsce wykonywania zawodu

**w ramach \*umowy o pracę, /\*umowy cywilnej, /\*jako wolontariusz, /\*zatrudnienia**  
**w**  
.....  
nazwa i adres podmiotu

**/\*prowadzenia praktyki lekarskiej**  
.....  
.....  
określenie praktyki, zakres i rodzaj udzielanych świadczeń zdrowotnych, adres siedziby

**w okresie od** ..... **do** .....

**\* Jednocześnie oświadczam, że pomieszczenie, w którym będzie wykonywana praktyka, urządzenia, sprzęt medyczny i wyroby medyczne za pomocą których będą wykonywane czynności w ramach praktyki, spełniają wymogi określone w przepisach na podstawie art. 50b ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 jt.).**

\*niepotrzebne skreślić

Miejsce i data  Podpis

## OŚWIADCZENIA

Oświadczam, że \*władam /\*nie władam językiem polskim w mowie i piśmie w zakresie koniecznym do wykonywania zawodu \*lekarza /\*lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Miejsce  
i data

Podpis

Oświadczam, że zostałem(am) poinformowany(a) o obowiązujących mnie przepisach dotyczących odpowiedzialności zawodowej przed sądami lekarskimi za postępowanie sprzeczne z zasadami etyki i deontologii zawodowej oraz za naruszenie przepisów o wykonywaniu zawodu lekarza obowiązujących na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, określonych w ustawie z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.).

Miejsce  
i data

Podpis

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. 9 ust. 2-8 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2017 r. poz. 125 jt.).

Miejsce  
i data

Podpis

Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w ewidencji lekarzy tymczasowo i okazjonalnie wykonujących zawód na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, prowadzonej przez Naczelną Radę Lekarską, w zakresie i celu określonych w uchwale Nr 1/17/VII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 13 stycznia 2017 r. w sprawie szczegółowego trybu postępowania w sprawach przyznawania prawa wykonywania zawodu lekarza i lekarza dentystry oraz prowadzenia rejestrów lekarzy (Biuletyn NRL z 2017 nr 2).

Miejsce  
i data

Podpis

## ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo

Kraj

Region

Jednostka administracyjna regionu

Gmina

Ulica i nr domu/nr lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Telefon

Faks/e-mail

## ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentystry

Kserokopia dwóch pierwszych stron dowodu osobistego lub paszportu

Dowód zmiany nazwiska

Inne, dotyczące lekarza cudzoziemca

Zaświadczenie o stanie zdrowia

Inne .....