

.....
miejsowość, data

.....
imię i nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu lekarza

.....
nr rejestracyjny

.....
adres do korespondencji

.....
tel. /email

**Rada Lekarska
Wojskowej Izby Lekarskiej
w Warszawie**

**ul. Jana Pawła Woronicza 15
02-625 Warszawa**

WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA

Działając na podstawie art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. Nr 166, poz. 1172) w zw. z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2527), wnoszę o wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przeze mnie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Oświadczam, że zachowałem prawo do udzielania wskazanych powyżej świadczeń z uwagi na:

- 1) posiadanie na dzień 29 września 2007 r.: *
 - a. specjalizacji I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej* lub
 - b. specjalizacji I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych, * lub
 - c. specjalizacji I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii; *
- 2) udzielanie nieprzerwanie przed dniem 29 września 2007 r. przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. *

Przerwania udzielania świadczeń nie stanowi:

- 1. nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres krótszy niż 6 miesięcy;*
- 2. nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż wskazany w pkt 1 w przypadkach pobierania świadczeń, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, z 2006 r. Nr 221, poz. 1615 oraz z 2007 r. Nr 47, poz. 318 i Nr 115, poz. 792).*

W załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające udzielanie nieprzerwanie przed dniem 29 września 2007 r. przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej. *

(np. poświadczone za zgodność z oryginałem świadectwa pracy)

.....

(czytelny podpis)

**niepotrzebne skreślić*