



WOJSKOWA IZBA LEKARSKA

ul. Jana Pawła Woronicza 15, 02-625 Warszawa
NIP 113-19-36-487, REGON 006231150

tel. 22 621 04 93, fax. 22 621 12 11 www.wojskowa-il.org.pl, e-mail: sekretariat@wojskowa.org.pl
Konto: PKO BP S.A. IX O/Warszawa Nr 50 1020 1097 0000 7802 0001 6741

Uchwała Nr 1866/25/IX

**Rady Lekarskiej
Wojskowej Izby Lekarskiej
z dnia 27 czerwca 2025 roku**

w sprawie wprowadzenia wzoru Oświadczenia o aktywności zawodowej

Na podstawie art. 49 pkt 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219 poz. 1708 z późn. zm.) oraz art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.), w związku z pkt 5 i 6 stanowiska nr 11/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie interpretacji art. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty uchwała się, co następuje:

§ 1.

1. Rada Lekarska Wojskowej Izby Lekarskiej postanawia wprowadzić wzór Oświadczenia o aktywności zawodowej, który będzie obowiązywał w obiegu dokumentów Komisji ds. Rejestru Lekarzy, PWZ i Praktyk Lekarskich Wojskowej Izby Lekarskiej celem dopełnienia obowiązków w zakresie potwierdzenia ciągłości wykonywania zawodu lekarzy i lekarzy dentystów – członków WIL.
2. Formularz Oświadczenie o aktywności zawodowej stanowi załącznik nr 1 do niniejszej uchwały.

§ 2.

Uchwała wchodzi w życie z dniem 1 lipca 2025 r.

**Z-CA SEKRETARZA
RADY LEKARSKIEJ
WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

plk rez. dr hab. n. med. Grzegorz KADE

**PREZES
RADY LEKARSKIEJ
WOJSKOWEJ IZBY LEKARSKIEJ**

ppik rez. lek. Artur PŁACHTA

Warszawa, dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
(nr pwz)

.....
(dane adresowe)

.....
(dane adresowe)

OŚWIADCZENIE O AKTYWNOŚCI W ZAWODZIE LEKARZA

Upředzony o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia, wynikającej z art. 233 § 6 Kodeksu karnego, na podstawie z art. 49 pkt. 6 i 7 ustawy o izbach lekarskich (Dz. U. Nr 219 poz. 1708 z późn. zm.) w związku z art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 1997 r. Nr 28, poz. 152 z późn. zm.) oraz z pkt 2-6 stanowiska nr 11/19/VIII Naczelnej Rady Lekarskiej z dnia 28 czerwca 2019 r. w sprawie interpretacji art. 10 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry w zakresie ustalania 5-letniego okresu niewykonywania zawodu lekarza, lekarza dentystry potwierdzam aktywność i wykonywanie zawodu lekarza/lekarza dentystry poprzez złożenie:

1. OŚWIADCZENIA O WYKONYWANIU ZAWODU LEKARZA W FORMIE PRAKTYKI ZAWODOWEJ *

Niniejszym oświadczam, że od momentu rejestracji, nieprzerwanie i w sposób ciągły wykonuję zawód lekarza/lekarza dentystry w formie (zaznaczyć właściwe):

- | | |
|--|---|
| ☐ 98 indywidualna praktyka lekarska | ☐ 95 indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania |
| ☐ 99 indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie | ☐ 96 indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania |
| ☐ 93 indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym, | ☐ 97 grupowa praktyka lekarska |
| ☐ 94 indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym w dziedzinie | |

naależy wpisać adres(y) aktualnych miejsc wykonywania praktyki oraz datę rozpoczęcia**

.....
.....
.....
.....
.....

Praktykę wykonuję w wymiarzegodzin miesięcznie**.

2. OŚWIADCZENIA O WYKONYWANIU ZAWODU LEKARZA W OPARCIU O PROWADZONY PODMIOT LECZNICZY

Niniejszym oświadczam, że w okresie od do
będąc współnikiem spółki pod firmą*
wykonuję/wykonywałem/am* nieprzerwanie zawód lekarza/lekarza dentystry* w rozumieniu
art. 2 ust.1/ust.2/ust.3*** ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentystry jako lekarz
w podmiocie leczniczym

Średni wymiar czasu wynosi godzin miesięcznie**.

3. POTWIERDZENIA ZATRUDNIENIA W OPARCIU O UMOWĘ O PRACĘ/STOSUNEK PRACY NA PODSTAWIE POWOŁANIA/POWOŁANIA DO PEŁNIENIA FUNKCJI/POWOŁANIA DO SŁUŻBY/WYZNACZENIA NA STANOWISKO SŁUŻBOWE*

należy wpisać nazwę i adres(y) aktualnych miejsc pracy oraz datę rozpoczęcia (załączyć dokumenty: umowy o pracę, zaświadczenia od pracodawcy, akt powołania, rozkazy personalne wyznaczające na stanowisko służbowe, świadectwa pracy, służby)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. POTWIERDZENIA WYKONYWANIA CZYNNOŚCI W OPARCIU O UMOWE CYWILNOPRAWNĄ/ZLECENIE/O DZIEŁO/WOLONTARIAT/SZKOLENIA/STUDIA*

należy wpisać nazwę i adres(y) aktualnych miejsc pracy oraz datę rozpoczęcia (załączyć dokumenty: umowy cywilnoprawne, zaświadczenia wydane przez uczelnie, dyplomy, umowy o specjalizacje)

.....
.....
.....
.....
.....
.....

Oświadczam również, że w przypadku zaprzestania wykonywania zawodu, zobowiązuję się niezwłocznie powiadomić Wojskową Izbę Lekarską.

.....
(podpis i pieczęć imienna)

* niepotrzebne skreślić

**wypełnić zgodnie z adnotacją (w przypadku ewentualnych przerw w wykonywaniu zawodu w ramach prowadzonej praktyki zawodowej czy podmiotu leczniczego w ciągu ostatnich 5 lat należy uwzględnić ten fakt w składanym oświadczeniu)

*** niepotrzebne skreślić (ust.1- udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza, ust.2 – udzielanie świadczeń zdrowotnych przez lekarza dentystę, ust.3 – kierowanie podmiotem leczniczym).