

Warszawa, dnia

.....
(nazwisko i imię)

.....
(nr pwz)

.....
(dane adresowe)

.....
(dane adresowe)

OŚWIADCZENIE O AKTYWNOŚCI W ZAWODZIE LEKARZA

Uprzedzony 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 (zaznaczyc właściwe):

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 98 indywidualna praktyka lekarska | <input type="checkbox"/> 95 indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania |
| <input type="checkbox"/> 99 indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie | <input type="checkbox"/> 96 indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania |
| <input type="checkbox"/> 93 indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym, | <input type="checkbox"/> 97 grupowa praktyka lekarska |
| <input type="checkbox"/> 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 wymiarze godzin 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 UMOWĘ 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 specjalizację)

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

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).