



**Formularz danych** – program Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie dotyczący ubezpieczenia odpowiedzialności cywilnej podmiotu wykonującego działalność leczniczą.

Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty	
Specjalizacja	
Nr ewidencyjny PESEL	
Nr ewidencyjny REGON	
Nr Prawa Wykonywania Zawodu	
Adres Indywidualnej Praktyki Lekarskiej	
Adres do korespondencji	
Adres zamieszkania	
Telefon kontaktowy	
e-mail kontaktowy	
Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy <b>obowiązkowego ubezpieczenia</b> odpowiedzialności cywilnej (dzień/miesiąc/rok)	
Data zakończenia obecnie obowiązującej polisy <b>dobrowolnego ubezpieczenia</b> odpowiedzialności cywilnej – proszę o podanie, jeżeli takie ubezpieczenie było wykupione (dzień/miesiąc/rok)	

**Oświadczenia:**

1. Oświadczam, że wyrażam zgodę na przetwarzanie przez OIL w Warszawie danych osobowych udostępnionych przeze mnie w związku z organizacją umów ubezpieczenia. Wskazane dane mogą być wykorzystywane dla celów związanych z zawieraniem i wykonywaniem umów ubezpieczenia i w tym zakresie, przekazywane innym podmiotom, w szczególności zakładom ubezpieczeń, przy zachowaniu wszystkich wynikających z ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych środków ostrożności. Jednocześnie oświadczam, że zostałem poinformowany, że zgodnie z art. 24 ust. 1 pkt 3 i 4 ustawy o ochronie danych osobowych, podanie danych jest dobrowolne, a ponadto każdemu przysługuje prawo dostępu do treści swoich danych osobowych oraz ich poprawiania.

.....  
Data i podpis

2. Oświadczam, że wyrażam zgodę na umieszczenie/zaktualizowanie moich danych adresowych w tym numeru telefonu i adresu e-mail w Okręgowym Rejestrze Lekarzy i Lekarzy Dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie zgodnie z obowiązkiem wynikającym z art. 49 ust. 6 Ustawy o Izbach Lekarskich (Dz. U. z 2015 poz. 651 ze zm.), celem prowadzenia korespondencji pisemnej i elektronicznej pomiędzy mną, a Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie.

.....  
Data i podpis



**Informacje:**

1. Wypełniony formularz prosimy o przesłanie:
  - e-mailem (skan): [ubezpieczenia@oilwaw.org.pl](mailto:ubezpieczenia@oilwaw.org.pl)
  - faksem : +48 22 542 83 04
2. W przypadku pytań i informacji prosimy o kontakt-telefoniczny:
  - +48 22 295-80-58
  - +48 22 295-80-59
  - +48 22 295-80-61