



Okręgowa  
Izba Lekarska  
w Warszawie

## Rejestr podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów

Najważniejsze wskazówki i uwagi do procesu składania wniosków

# Wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów

Firma zarejestrowana  
na terenie OIL Warszawa \*

Wydarzenie organizowane  
na terenie OIL Warszawa \*

Wydarzenie organizowane  
poza OIL Warszawa \*

Wydarzenia organizowane  
w całej Polsce lub online

\* Teren działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Firma zarejestrowana  
na terenie OIL  
Warszawa

Wydarzenie  
organizowane na  
terenie OIL Warszawa

## Wymagane dokumenty

30 dni przed  
planowanym  
wydarzeniem

### 1. Wniosek o wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów z załącznikami:

- KRS lub wpis do ewidencji działalności gospodarczej z wpisem w przedmiocie działalności punktu 85.59 B z PKD,
- dowód uiszczenia opłaty za wpis do rejestru w wysokości 500 zł (w przypadku zgłaszania jednego wydarzenia edukacyjnego). Jeśli do wniosku dołączony jest więcej niż jeden wniosek „Informacja o formie kształcenia”, opłata powiększona jest o iloczyn zgłoszonych szkoleń (250 PLN x liczba szkoleń).

### 2. Wniosek: Wystąpienie o potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia.

### 3. Wniosek: Informacja o formie kształcenia z załącznikami:

- program szczegółowy,
- wzór zaświadczenia dla uczestników z uwzględnieniem informacji o ilości przysługujących lekarzowi punktów edukacyjnych,
- regulamin kształcenia,
- CV kierownika naukowego oraz wykładowców.

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH  
USTAWICZNY ROZWÓJ ZAWODOWY LEKARZY I LEKARZY  
DENTYSTÓW PROWADZONEGO PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ

W .....  
/NACZELNĄ IZBĘ LEKARSKĄ\*

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

#### DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

Nazwa organizatora kształcenia

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

Pantone 319 U

WYSTĄPIENIE O POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW  
KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE USTAWICZNEGO ROZWÓJU  
ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW PRZEZ  
ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA

DO .....  
OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

#### Dane dotyczące podmiotu składającego wniosek

Nazwa organizatora kształcenia

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ .....  
Nazwa organizatora kształcenia

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

#### DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia

Dane kontaktowe (telefon/fax/e-mail)

Forma kształcenia ustawicznego rozwoju zawodowego

Firma zarejestrowana  
na terenie OIL Warszawa

Wydarzenie  
organizowane poza OIL  
Warszawa

## Wymagane dokumenty

30 dni przed  
planowanym  
wydarzeniem

### 1. Wniosek o wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyków z załącznikami:

- KRS lub wpis do ewidencji działalności gospodarczej z wpisem w przedmiocie działalności punktu 85.59 B z PKD,
- dowód uiszczenia opłaty za wpis do rejestru w wysokości 500 zł (w przypadku zgłaszania jednego wydarzenia edukacyjnego). Jeśli do wniosku dołączony jest więcej niż jeden wniosek „Informacja o formie kształcenia”, opłata powiększona jest o iloczyn zgłoszonych szkoleń (250 PLN x liczba szkoleń).

### 2. Wniosek: Informacja o formie kształcenia z załącznikami:

- program szczegółowy,
- wzór zaświadczenia dla uczestników z uwzględnieniem informacji o ilości przystępujących lekarzowi punktów edukacyjnych,
- regulamin kształcenia,
- CV kierownika naukowego oraz wykładowców.

### 3. Uchwała potwierdzająca spełnienie warunków kształcenia wydana przez OIL na terenie której odbywać się będzie szkolenie.

WNIOSK O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH  
USTAWICZNY ROZWÓJ ZAWODOWY LEKARZY I LEKARZY  
DENTYSTÓW PROWADZONĄ PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ

W .....  
/NACZELNĄ IZBĘ LEKARSKĄ\*

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

WYPELNIĄ WNIOSKODAWCA

#### DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSK

Nazwa organizatora kształcenia

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ .....  
Nazwa organizatora kształcenia

WYPELNIĄ ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

#### DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia

Dane kontaktowe (telefon/fax/e-mail)

Forma kształcenia ustawicznego rozwoju zawodowego

**Uchwała potwierdzająca  
spełnienie warunków  
kształcenia wydana przez OIL  
na terenie której odbywać się  
będzie szkolenie.**

Firma zarejestrowana  
na terenie OIL Warszawa

Wydarzenia organizowane  
w całej Polsce lub online

## Wymagane dokumenty

30 dni przed  
planowanym  
wydarzeniem

### 1. Wniosek o wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodu lekarzy i lekarzy dentyistów z załącznikami:

- KRS lub wpis do ewidencji działalności gospodarczej z wpisem w przedmiocie działalności punktu 85.59 B z PKD,
- dowód uiszczenia opłaty za wpis do rejestru w wysokości 500 zł (w przypadku zgłaszania jednego wydarzenia edukacyjnego). Jeśli do wniosku dołączony jest więcej niż jeden wniosek „Informacja o formie kształcenia”, opłata powiększona jest o iloczyn zgłoszonych szkoleń (250 PLN x liczba szkoleń).

### 2. Wniosek: Informacja o formie kształcenia z załącznikami:

- program szczegółowy,
- wzór zaświadczenia dla uczestników z uwzględnieniem informacji o ilości przystępujących lekarzowi punktów edukacyjnych,
- regulamin kształcenia,
- CV kierownika naukowego oraz wykładowców.

### 3. Uchwała potwierdzająca spełnienie warunków kształcenia wydana przez NIL

WNIOSEK O WPIS DO REJESTRU PODMIOTÓW PROWADZĄCYCH  
USTAWICZNY ROZWÓJ ZAWODOWY LEKARZY I LEKARZY  
DENTYSTÓW PROWADZONOGO PRZEZ OKRĘGOWĄ IZBĘ LEKARSKĄ

W .....  
/NACZELNĄ IZBĘ LEKARSKĄ\*

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

WYPEŁNIA WNIOSKODAWCA

#### DANE DOTYCZĄCE PODMIOTU SKŁADAJĄCEGO WNIOSEK

Nazwa organizatora kształcenia

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ .....  
Nazwa organizatora kształcenia

WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

#### DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia

Dane kontaktowe (telefon/fax/e-mail)

Forma kształcenia ustawicznego rozwoju zawodowego

Uchwała potwierdzająca  
spełnienie warunków  
kształcenia wydana przez NIL

Firma zarejestrowana  
na terenie OIL Warszawa

Wydarzenie organizowane  
poza OIL Warszawa

Wydarzenia organizowane  
w całej Polsce lub online

**Uchwała potwierdzająca spełnienie warunków kształcenia wydana przez OIL na terenie której odbywać się będzie szkolenie lub przez NIL w przypadku szkoleń online lub w całej Polsce**

Wymagane dokumenty

Biuro Okręgowej Izby Lekarskiej właściwe dla miejsca szkolenia lub Naczelna Izba Lekarska

- 1. Wniosek: Wystąpienie o potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia**
- 2. Wniosek: Informacja o formie kształcenia z załącznikami:**
  - program szczegółowy,
  - regulamin kształcenia,
  - wzór zaświadczenia dla uczestników z uwzględnieniem informacji o ilości przysługujących lekarzowi punktów edukacyjnych,
  - CV kierownika naukowego oraz wykładowców.

Sugerowane więcej  
niż 30 dni przed  
planowanym  
wydarzeniem

WYSTĄPIENIE O POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW  
KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE USTAWICZNEGO ROZWOJU  
ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW PRZEZ  
ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA

DO .....  
OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

Pantone 319 U

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

Dane dotyczące podmiotu składającego wniosek

Nazwa organizatora kształcenia

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ .....  
Nazwa organizatora kształcenia

WYPELNI ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia

Dane kontaktowe (telefon/fax/e-mail)

Forma kształcenia ustawicznego rozwoju zawodowego

# Wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów

Firma zarejestrowana  
poza terenem OIL Warszawa \*\*

Wydarzenie organizowane na  
terenie OIL Warszawa\*

\*\* najczęściej w innym województwie niż mazowieckie – uwaga na wyjątek Izba Lekarska w Płocku

\* Warszawa lub teren działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Firma zarejestrowana  
poza terenem OIL Warszawa

Wydarzenie organizowane  
na terenie OIL Warszawa

## Uzyskanie uchwały od Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

### Wymagane dokumenty

1. Wniosek: Wystąpienie o potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia
2. Wniosek: Informacja o formie kształcenia z załącznikami:
  - program szczegółowy,
  - regulamin kształcenia,
  - wzór zaświadczenia dla uczestników z uwzględnieniem informacji o ilości przysługujących lekarzowi punktów edukacyjnych oraz z numerem wpisu do rejestru
  - CV kierownika naukowego oraz wykładowców.

Sugerowane więcej  
niż 30 dni przed  
planowanym  
wydarzeniem

WYSTĄPIENIE O POTWIERDZENIE SPEŁNIANIA WARUNKÓW  
KSZTAŁCENIA W ZAKRESIE USTAWICZNEGO ROZWOJU  
ZAWODOWEGO LEKARZY I LEKARZY DENTYSTÓW PRZEZ  
ORGANIZATORA KSZTAŁCENIA

DO .....

OKRĘGOWA RADA LEKARSKA / NACZELNA RADA LEKARSKA

Pantone 319 U

Nr dokumentu	
Data przyjęcia dokumentu	

#### Dane dotyczące podmiotu składającego wniosek

Nazwa organizatora kształcenia

Forma organizacyjno-prawna organizatora kształcenia

#### INFORMACJA O FORMIE KSZTAŁCENIA

PROWADZONEGO PRZEZ .....

Nazwa organizatora kształcenia

#### WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

##### DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia

Dane kontaktowe (telefon/fax/e-mail)

Forma kształcenia ustawicznego rozwoju zawodowego



Wpis do rejestru podmiotów  
prowadzących ustawiczny rozwój  
zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów

Najczęstsze braki lub błędy we wnioskach

# Wniosek o wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów

**Oświadczenie**

---

Nazwa organizatora kształcenia:

---

Adres siedziby lub miejsca zamieszkania organizatora kształcenia:

---

Imię, nazwisko i funkcja osoby uprawnionej do reprezentowania organizatora kształcenia:

---

Oświadczam, że:

- dane zawarte we wniosku o wpis do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów są kompletne i zgodne z prawdą;
- znane mi są i spełniam warunki wykonywania działalności w zakresie ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów, określone w ustawie z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2023 poz. 1516, z późn. zm.)

Miejscowość, dnia ..... Podpis .....

---

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia

---

Stanowisko/funkcja

---

Data  Podpis

**Przedmiot i zakres prowadzonego ustawicznego rozwoju zawodowego lekarzy / lekarzy dentystów**


Zasadnicze kierunki, zakres tematyczny, teoretyczny i praktyczny i sposoby realizacji

**Należy wpisać zakres tematyczny, z jakich obszarów medycyny jest szkolenie**

**Przewidywane formy ustawicznego rozwoju zawodowego w ramach realizacji programu kształcenia lekarzy / lekarzy dentystów**

Planowane formy ustawicznego rozwoju zawodowego określone w odrębnych przepisach dotyczących doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów

**Formy ustawicznego rozwoju np.: kurs medyczny, kongres, sympozjum**

 Pola do wypełnienia, które często są pomijane

# Informacja o formie kształcenia

## DANE DOTYCZĄCE FORMY KSZTAŁCENIA

Nazwa organizatora kształcenia

Dane kontaktowe (telefon/fax/e-mail)

Forma kształcenia ustawicznego rozwoju zawodowego

**Np. Kurs medyczny, konferencja**

## Dane dotyczące kształcenia

Przedmiot kształcenia

**Temat wydarzenia**

Informacje  
o treści kształcenia  
w dziedzinie medycyny:

**Dziedzina medycyny**

Imię i nazwisko kierownika naukowego kształcenia

Czy treści kształcenia zgodne są z aktualną wiedzą medyczną i są oparte na wiarygodnych danych naukowych

Tak  Nie

Termin i miejsce kształcenia

Data rozpoczęcia ..... Data zakończenia .....

Nazwa placówki

Ulica i nr domu/nr lokalu

Miejscowość

## Informacja o formie kształcenia

Godziny kształcenia liczy się bez przerw  
kawowych/obiadowych

Liczba godzin kształcenia

w tym: wykłady

warsztaty

ćwiczenia

Określenie grupy lekarzy do której adresowane jest kształcenie

Należy podać specjalizacje

**Sprawdzian wiedzy nabytej** – sposób sprawdzenia uczestnictwa w kształceniu i jego zakończenia – podać metodę, rodzaj udokumentowania

Tak/nie – jak tak, to co? Np. Test, itp

Rodzaj dokumentu potwierdzający zaliczenie kształcenia


zaświadczenie

dyplom

inne

## Informacja o formie kształcenia

### Wysokość opłaty za udział w kształceniu

Wysokość opłaty za udział w kształceniu  PLN 

Całkowity udział finansowy uczestników  PLN

### WYPEŁNIA ORGANIZATOR KSZTAŁCENIA

Imię i nazwisko przedstawiciela organizatora kształcenia \_\_\_\_\_

Stanowisko/funkcja \_\_\_\_\_

Data

Podpis

Dane dotyczące wpisu organizatora kształcenia do rejestru innej okręgowej rady lekarskiej /Naczelnej Rady Lekarskiej

# Wystąpienie o potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia

## Planowany okres i obszar kraju na którym przewidywane jest prowadzenie kształcenia

Kształcenie będzie prowadzone w okresie

– data rozpoczęcia pierwszego szkolenia

– data zakończenia ostatniego szkolenia

Obszar kraju:

Województwo lub np. cały kraj

## Plan kształcenia – zadanie dydaktyczne do wykonania w określonym czasie obejmujące zakres wiedzy medycznej i umiejętności praktycznych związanych z wykonywaniem zawodu lekarza lub lekarza dentyści

Cel (cele) kształcenia – uwzględniający podnoszenie kwalifikacji zawodowych lekarzy lub lekarzy dentyistów w określonej dziedzinie medycyny i zakresie danej dziedziny zgodnie z postępem nauk medycznych



Przedmiot i zakres kształcenia – uwzględniający wybrany zakres wiedzy lub umiejętności praktycznych w określonej dziedzinie medycyny wynikających z wiarygodnych danych naukowych

Dziedzina medycyny ze szczegółowym opisem zakresu kształcenia

Wymienić formę lub formy kształcenia i ich przewidywaną liczbę (zgodnie z rozporządzeniem Ministra Zdrowia z dnia 6 października 2004 r. w sprawie sposobów dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów)

Np.: kurs medyczny, konferencja, zjazd...

Dla jakiej grupy lekarzy przeznaczona jest dana forma kształcenia? Kwalifikacje jakie powinni posiadać lekarze lub lekarze dentyści uczestniczący w planowanych formach kształcenia

specjalizacja

# Wystąpienie o potwierdzenie spełnienia warunków kształcenia

Sposób (sposoby) weryfikacji wyników kształcenia. Należy podać planowaną, udokumentowaną formę sprawdzianu nabytej wiedzy uczestników danej formy kształcenia. *(Nie dotyczy: zjazdów, konferencji, kongresów, sympozjów, posiedzeń naukowych)*

**Przy kursach medycznych np. test wiedzy lub inne**

Sposób potwierdzenia uczestnictwa i ukończenia kształcenia – uwzględniający udokumentowanie w formie pisemnej lub elektronicznej uczestnictwa i ukończenia przez lekarza lub lekarza dentyzę określonej formy kształcenia

**Dyplom/zaświadczenie/certyfikat itp.**

W przypadku większej liczby osób informacje o nich należy przedstawić na dodatkowym formularzu stanowiącym załącznik do niniejszego wystąpienia.

Wymienić dokumenty, które będą potwierdzały kwalifikacje kierownika naukowego i wykładowcy określonej formy kształcenia

✓

## Dane dotyczące bazy dydaktycznej

Opis posiadanej lub będącej w dyspozycji bazy do realizacji programu kształcenia spełniającej wymogi współczesnej dydaktyki

✓

## Wewnętrzny system oceny jakości kształcenia

Opis planowanego systemu oceny jakości zrealizowanego kształcenia, w zakresie przewidywanych jego form, prowadzonego przez radę programową / kierownika programu

Narzędzia oceny jakości kształcenia ..... ✓

Metody oceny jakości kształcenia ..... ✓

Podać sposób ..... ✓

Wpis do rejestru podmiotów  
prowadzących ustawiczny rozwój  
zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów

Certyfikat dla uczestników wydarzeń



Musi być numer  
wpisu do rejestru

## OZNACZENIE ORGANIZATORA

numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących ustawiczny rozwój zawodowy lekarzy i lekarzy dentyistów

Okręgowej Rady lekarskiej w .../Naczelnej Rady Lekarskiej

Wzór dokumentu  
poświadczającego  
udział lekarza w  
szkoleniu  
medycznym  
prowadzonym przez  
podmiot posiadający  
stosowny wpis do  
rejestru OIL  
w Warszawie musi  
zawierać wskazane  
informacje.  
Szata graficzna  
pozostaje do decyzji  
organizatora  
szkolenia

Zaświadczenie  
może  
zawierać  
informację  
o współorganizatorach  
lub sponsorach  
po udokumentowaniu  
formy  
współpracy –  
(umowa,  
porozumienie)

## ZAŚWIADCZENIE

lekarz/lekarz dentyista .....

nr prawa wykonywania zawodu.....

uczestniczył w .....  
(forma doskonalenia zawodowego)

nt „.....”

w ..... w dniu .....

*Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentyistów, udokumentowanej liczby godzin uczestnictwa w ..... (forma doskonalenia zawodowego), lekarzowi/lekarzowi dentyście przysługuje ... punktów edukacyjnych*

.....  
PODPIS KIEROWNIKA NAUKOWEGO

.....  
PODPIS ORGANIZATORA

Musi być  
umieszczona  
ta informacja

Wpis do rejestru podmiotów  
prowadzących ustawiczny rozwój  
zawodowy lekarzy i lekarzy dentystów

**Opłaty za wpis**

Wpłaty za wpis do rejestru i zdarzenia edukacyjne należy dokonywać na poniższy numer konta:

**67892300080029808520000004**

**Bank Spółdzielczy w Ostrowi Mazowieckiej**