

pieczętka podmiotu prowadzącego
działalność pożytku publicznego
w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym
działalności leczniczej
w rozumieniu ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r.
o działalności leczniczej (Dz.U. 2024 r. poz. 779 t.j.), w rozumieniu
ustawy z dnia 24 kwietnia 2003 r.
o działalności pożytku publicznego
i o wolontariacie (Dz. U. z 2023 r. poz. 571),

miejsowość, data

KRS *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NIP *

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

REGON
*

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Zaświadczenie

Niniejszym, zaświadcza się, że lekarz / lekarz dentyista ** Pani/Pan **
Imię i nazwisko

w trakcie studiów uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej, lub uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia na terenie Rzeczypospolitej Polskiej lub poza Rzeczpospolitą Polską (art.15 d ust. 4 pkt 2 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentyisty)

imię nazwisko		
PESEL		
Nazwa i miejsce prowadzenia działalności pożytku publicznego w sferze ochrony zdrowia		
okres wykonywania czynności	od	do
wymiar czasu pracy		
zakres udzielanych świadczeń		

*dotyczy wyłącznie OPP na terenie Rzeczypospolitej Polskiej.

w trakcie studiów uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia, w tym działalności leczniczej* , lub uczestniczył w prowadzeniu działalności pożytku publicznego w sferze ochrony i promocji zdrowia **na terenie działania Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie.**

imię nazwisko		
PESEL		
Nazwa i miejsce prowadzenia działalności pożytku publicznego w sferze ochrony zdrowia		
okres wykonywania czynności	od	do
wymiar czasu pracy		
zakres udzielanych świadczeń		

podpis kierownika podmiotu prowadzącego
działalność pożytku publicznego

podpis lekarza/ lekarza dentystry** uczestnika

**niepotrzebne skreślić