

**OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA  
NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ  
W CZASIE TRWANIA WYDARZENIA SPORTOWEGO**

**STATEMENT OF INTENT TO PRACTICE THE DOCTOR PROFESSION  
IN THE REPOUBLIC OF POLAND DURING A SPORTS EVENT**

.....  
nazwisko i imiona lekarza składającego oświadczenie  
*names and surname of the doctor submitting this statement*

.....  
data i miejsce urodzenia  
*date and place of birth*

.....  
obywatelstwo  
*nationality*

**Okręgowa Izba Lekarska  
w Warszawie  
Regional Medical Chamber  
in Warsaw**

Zgodnie z postanowieniami art. 9b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (*tekst jednolity* Dz. U. z 2017 r. poz. 125 ) oświadczam, że:  
*Pursuant to the provisions of art. 9b of the Act of the 5<sup>th</sup> of December 1996 on the professions of doctor and dental practitioner (Dz. U. of 2017, item 125), I declare that:*

- wykonuję zawód lekarza w ..... (nazwa państwa),  
*I practice the doctor profession in (country name),*
- posiadam w ..... (nazwa państwa)  
*in (country name)*  
uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza  
*I have the right to practice the doctor profession*  
.....(nazwa uprawnienia),  
*(permission name),*

wydane przez ..... (nazwa organu),  
*issued by* ..... (*authority name*),

potwierdzone .....  
*confirmed by*

(nazwa dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje), które nie jest  
zawieszane ani ograniczone,  
*(name of document confirming formal qualifications), that has not been suspended or restricted,*

- stale udzielam świadczeń zdrowotnych członkom kadry narodowej  
*I permanently provide medical services to members of the national team*  
..... (określenie kadry i dyscypliny sportowej),  
*(team and sports discipline name)*

która będzie brała udział w .....  
*which is to take part in*

(określenie wydarzenia sportowego organizowanego na terytorium Polski),  
*(name of sports event staged in Poland),*

- zamierzam wykonywać zawód lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w  
czasie trwania ww. wydarzenia sportowego,  
*I intend to practice the doctor profession in the Republic of Poland for the duration of the sports*  
*event above,*  
tj. w okresie od ..... do .....  
*i.e. in the period from* ..... *to* .....

.....  
Podpis lekarza składającego oświadczenie  
*Signature of doctor submitting this declaration*

Załączniki:  
*Attachments:*

- 1) zaświadczenie wydane przez właściwy organ państwa, w którym składający oświadczenie wykonuje zawód lekarza, potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu, które nie jest zawieszane ani ograniczone,  
*certificate issued by the competent authority of the country where the person submitting this declaration practices the doctor profession, confirming the right to practice the profession that has not been suspended or restricted,*
- 2) kserokopia dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza,  
*photocopy of document confirming formal qualifications to practice the doctor profession,*
- 3) kserokopia pierwszych dwóch stron paszportu  
*photocopy of two first passport pages.*