

MIEJSCE STAŁEGO ZAMIESZKANIA

Państwo	Jednostka administracyjna państwa		
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

ADRES DO KORESPONDENCJI

Państwo	Kraj		
Region	Jednostka administracyjna regionu	Gmina	
Ulica i nr domu/nr lokalu		Kod pocztowy	
Miejscowość	Telefon	E-mail	

Data

Podpis

ZAŁĄCZONE DOKUMENTY

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Kopia dyplomu lekarza/lekarza dentysty / dokumentu potwierdzającego kwalifikacje formalne | <input type="checkbox"/> Kserokopia dwóch stron paszportu |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie o uzyskaniu kwalifikacji formalnych | <input type="checkbox"/> Świadczenie zdrowia |
| <input type="checkbox"/> Świadczenie, o którym mowa w art. 5 ust. 1 pkt 2 lit b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | <input type="checkbox"/> Dowód zmiany nazwiska |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | <input type="checkbox"/> Inne, dotyczące lekarza z UE |
| <input type="checkbox"/> Zaświadczenie, o którym mowa w art. 5b ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty | <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający znajomość języka polskiego |
| <input type="checkbox"/> Dokument potwierdzający niekaralność zawodową i spełnienie wymogów dotyczących postawy etycznej | |

Inne dokumenty

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że z dniem uzyskania wpisu na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów obowiązany/a jestem do zawiadamiania okręgowej rady lekarskiej okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, w terminie 30 dni o zmianie danych wymienionych w art. 49 ust. 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 jt. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę.

Miejsce
Data

Podpis

Oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości obowiązek regularnego opłacania składki członkowskiej

Miejsce
Data

Podpis

POTWIERDZENIE

Potwierdzam odbiór dokumentu

„Prawo wykonywania zawodu lekarza”

„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

z numerem rejestru

oznaczonego numerem seryjnym

Data

Podpis

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

Komisja ds. rejestracji i prawa wykonywania zawodu stwierdza że:

- Poświadcza formalne kwalifikacje lekarza/lekarza dentysty
- [Nie figuruje/figuruje] w rejestrze skazanych państwa UE
- Przeciwno wnioskodawcy [nie toczy/toczy] postępowanie w sprawie zawieszenia prawa wykonywania zawodu
- Prawo wykonywania zawodu [nie zostało/zostało] zawieszono
- Załączono wszystkie wymagane dokumenty

Uwagi/brakujące dokumenty prawa (uzasadnienie w załączeniu)

Wniosek Komisji:

- Uznać kwalifikacje formalne, przyznać prawo wykonywania zawodu, wpisać na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów
- Odmówić uznania kwalifikacji formalnych i przyznania prawa wykonywania zawodu

Data

Podpis przewodniczącego komisji

UCHWAŁĄ *PREZYDIUM *OKRĘGOWEJ RADY LEKARSKIEJ W

Numer Uchwały *Prezydium *ORL

z dnia

Panu/Pani

- zostały uznane kwalifikacje formalne do wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty*, zostało przyznane prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej na podst. art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, pkt 3-5, ust. 2/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5a/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2 i art. 5b/art. 5 ust. 1 pkt 1 i 2 lit. b, ust. 2* oraz art. 6 ust. 1-5 i 10 ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

prawo wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty oznaczono numerem

wpisano ww. lekarza na listę członków i zarejestrowano w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów

pod numerem

wydano dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”/„Prawo wykonywania zawodu lekarza dentysty”

oznaczony numerem seryjnym

- Odmówiono uznania kwalifikacji formalnych i przyznania prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty na obszarze RP (uzasadnienie w załączeniu).

Data

Podpis

ADNOTACJE DOTYCZĄCE PRZENIESIENIA DO INNEJ IZBY

Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentysta został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem

Uchwałą ORL nr

z dnia

wyżej wymieniony lekarz/lekarz dentysta został przeniesiony - wpisany na listę członków i do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów pod numerem

WYPEŁNIA OKRĘGOWA IZBA LEKARSKA

ADNOTACJE DOTYCZĄCE ZMIAN W PRAWIE WYKONYWANIA ZAWODU

ADNOTACJE O SKREŚLENIU - UTRATA PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU

Zarządzeniem Prezesa ORL w nr z dnia

Pan/Pani

zarejestrowany/a pod numerem
dentystów w związku z:

został/ła skreślony/a z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy

zrzeczeniem się prawa wykonywania zawodu i rezygnacją z członkostwa – wniosek zainteresowanego z dnia

ubezwłasnowolnieniem częściowym lub całkowitym – orzeczenie sądu z dnia

decyzją Prezydenta RP o zwolnieniu z obywatelstwa polskiego (wg danych systemu PESEL)

utratą obywatelstwa innego niż RP państwa członkowskiego UE

pozbawieniem prawa
wykonywania zawodu (podstawa)

śmiercią lekarza (na podstawie danych z systemu PESEL, aktu zgonu) w dniu

Data

Podpis przewodniczącego komisji

.....
Imię i nazwisko lekarza/lekarza dentysty

.....
miejsowość, data

.....
 nr PESEL

.....
 numer paszportu / data wydania/organ wydający
(w odniesieniu do lekarza nie posiadającego nr PESEL)

Oświadczenie

Przyjmuję do wiadomości poniższe informacje dotyczące przetwarzania moich danych osobowych przez Okręgową Radę Lekarską w Warszawie, przekazane mi zgodnie z art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (ogólne rozporządzenie o ochronie danych) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1), zwanego dalej „rozporządzeniem 2016/679”, w związku ze złożonym wnioskiem:

- (W-1) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- (W-1A) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty w celu odbycia stażu adaptacyjnego/przystąpienia do testu umiejętności, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- (W-2) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- (W-2A) Wniosek o uznanie kwalifikacji formalnych, przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- (W-2B) Wniosek o przyznanie ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- (W-2C) Wniosek o przyznanie ponowne przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, w celu określonym w art. 7 ust. 1a ustawy o zawodach lekarza i lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- (W-2D) Wniosek o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty, wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- (W-3) Wniosek o przeniesienie i wpisanie na listę członków oraz wpis do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie
- (W-6) Wniosek o wpisanie na listę członków oraz do okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie oraz wydanie „prawa wykonywania zawodu lekarza” „prawa wykonywania zawodu lekarza dentysty”

1. Administrator danych osobowych (ADO)

Administratorem Pani/Pana danych osobowych jest **Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie** zwanym dalej „ADO”.

2. Dane kontaktowe administratora (ADO)

Z Okręgową Izbą Lekarską w Warszawie można się skontaktować:

- pisemnie na adres: 02-512 Warszawa, ul. Puławska 18
- pod adresem e-mail: biuro@oilwaw.org.pl
- osobiście.

3. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych osobowych Okręgowej Izby Lekarskiej w Warszawie

Bezpośredni kontakt z inspektorem:

adres e-mail: iod@oilwaw.org.pl

4. Cel przetwarzania danych osobowych oraz podstawa prawna przetwarzania

Dane osobowe będą przetwarzane w celu wypełnienia przez właściwą okręgową izbę lekarską ciążących na niej obowiązków oraz realizacji zadań, wynikających z przepisów prawnych, w szczególności ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168) oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2018 r. poz. 617, z późn. zm.) (art. 6 ust. 1 lit. c i lit. e rozporządzenia 2016/679).

5. Kategoria odbiorców danych osobowych

Odbiorcami danych mogą być:

- 1) Naczelna Izba Lekarska lub inne okręgowe izby lekarskie - w związku z realizacją przez nie zadań wynikających z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich oraz ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty;
- 2) podmioty biorące udział w procesie kształcenia przeddyplomowego i podyplomowego lekarza i lekarza dentysty – w związku z wykonywanymi przez te podmioty zadaniami na podstawie odrębnych przepisów ustawowych;
- 3) inne podmioty wymienione w art. 52 ust.1-3 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich, w zakresie lub celu wskazanych w tych przepisach.
- 4) Naczelna Rada Lekarska, która udostępnia informacje zawarte w Centralnym Rejestrze Lekarzy, o których mowa w art. 49 okręgowy rejestr lekarzy i lekarzy dentystów ust. 5 pkt 1, 2, 11-13, 22-25, 31-34 i 42-44, w ramach informacji publicznej, w rozumieniu ustawy z dnia 6 września 2001 r. o dostępie do informacji publicznej (Dz. U. z 2016 r. poz. 1764 oraz z 2017 r. poz. 933).

6. Okres przechowywania danych osobowych

Dane osobowe będą przechowywane przez okres posiadania przez Panią/Pana prawa wykonywania zawodu lekarza lub lekarza dentysty i bycia członkiem właściwej okręgowej izby lekarskiej. Natomiast dane osobowe wskazane w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich będą przechowywane przez czas nieokreślony (art. 17 ust. 3 lit. b rozporządzenia 2016/679).

7. Przysługujące prawa

Przysługuje Pani/Panu prawo dostępu do treści swoich danych osobowych i prawo żądania ich sprostowania (poprawiania, uzupełniania) oraz prawo żądania ograniczenia ich przetwarzania lub usunięcia. Sprostowaniu podlega treść, która zawiera błędne dane, a usunięciu podlega treść, która została wprowadzona bez podstawy faktycznej (tj. wobec braku odpowiedniego dokumentu, odpowiedniej uchwały, orzeczenia albo postanowienia). Prawo żądania ograniczenia przetwarzania danych lub ich usunięcia nie obejmuje danych osobowych wskazanych w art. 49 ust. 5 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (art. 17 ust. 3 lit. b rozporządzenia 2016/679).

8. Prawo do sprzeciwu

Przysługuje Pani/Panu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, zajmującego się ochroną danych osobowych w przypadku uznania, że przetwarzanie Pani/Pana danych osobowych narusza przepisy rozporządzenia 2016/679.

9. Informacja o wymogu lub dobrowolności podania danych osobowych

Podanie danych osobowych jest wymogiem ustawowym, a zobowiązanie do podania przez Panią/Pana danych osobowych wynika z art. 49 ust. 6 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich.

podpis lekarza/lekarza dentysty