

OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE AKTUALIZACJI DANYCH KONTAKTOWYCH zamieszczanych w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w SZCZECINIE

Imię

Nazwisko

Nr Prawa Wykonywania Zawodu

Proszę o zamieszczenie w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie następujących DANYCH KONTAKTOWYCH:

ADRES MIEJSCA ZAMIESZKANIA (proszę podać pełny adres)

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr mieszkania

ADRES DO KORESPONDENCJI (proszę podać pełny adres)

Kod pocztowy Miejscowość

Ulica Nr domu Nr mieszkania

Telefon komórkowy

Adres e-mail

Jednocześnie oświadczam, że przyjąłem/am do wiadomości, że jestem zobowiązany/a do zawiadamiania Okręgowej Izby Lekarskiej w Szczecinie, której jestem członkiem, o zmianie danych wymienionych w art. 49 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę, w terminie 30 dni.

Data

Podpis

Podstawa prawna: art. 49 ust. 6 i 7 ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2018 r. poz. 168 ze zm.) (dotyczy zmiany danych osobowych, kontaktowych, uzyskanych specjalizacji, stopni, tytułów naukowych, dokumentów potwierdzających wykonywanie zawodu)