

Wniosek w sprawie upoważnienia do wystawiania zaświadczeń lekarskich

Instrukcja wypełniania

Wypełnij ten wniosek, jeżeli chcesz, abyśmy upoważnili Cię do wystawiania zaświadczeń lekarskich lub skorygowali/zmienili Twoje dane.

1. Wypełnij WIELKIMI LITERAMI
2. Wypełnij kolorem czarnym lub niebieskim (nie ołówkiem)
3. W części wniosku „Dane do kontaktu w sprawie upoważnienia” podaj Twój adres do korespondencji w sprawie związanej z upoważnieniem
4. Do wniosku o udzielenie upoważnienia **dołącz kopię dokumentu potwierdzającego posiadanie prawa wykonywania zawodu i jego zakres, w szczególności uchwały okręgowej rady lekarskiej, decyzji Ministra Zdrowia** (nie rób tego, jeśli zgłaszasz zmianę/ korektę danych)
5. Nazwę specjalizacji podaj zgodnie z zapisem na dyplomie specjalizacji
6. Stopień specjalizacji wpisz słownie („PIERWSZY”, „DRUGI”, „SPECJALISTA”)
7. Wniosek należy uzupełnić wszystkimi aktualnymi danymi

Dane lekarza

PESEL

Seria i numer paszportu
Jeśli nie masz nadanego numeru PESEL, podaj serię i numer paszportu

Imię

Nazwisko

Dane do kontaktu w sprawie upoważnienia

Ulica

Numer domu Numer lokalu

Kod pocztowy Miejscowość

Numer telefonu

To pole nie jest obowiązkowe. Wypełnij je, jeśli się zgadzasz, żebyśmy przetwarzali Twój numer telefonu. Ułatwi nam to kontakt z Tobą

E-mail

To pole nie jest obowiązkowe. Wypełnij je, jeśli się zgadzasz, żebyśmy przetwarzali Twój adres e-mail. Ułatwi nam to kontakt z Tobą

Dane o specjalizacjach

Twoja pierwsza specjalizacja

Stopień pierwszej specjalizacji

Twoja druga specjalizacja

Stopień drugiej specjalizacji

Twoja trzecia specjalizacja

Stopień trzeciej specjalizacji

Twoja czwarta specjalizacja

Stopień czwartej specjalizacji

Twoja piąta specjalizacja

Stopień piątej specjalizacji

Twoja szósta specjalizacja

Stopień szóstej specjalizacji

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Miejsce udzielania świadczeń zdrowotnych

Nazwa skrócona

NIP

Ulica

Numer domu

Numer lokalu

Kod pocztowy

Miejscowość

Inne dane

Numer prawa wykonywania zawodu

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

Nazwa Okręgowej Izby Lekarskiej

--

Wpisz np. „DOLNOŚLĄSKA”, „KUJAWSKO-POMORSKA”

Wniosek dotyczy:

udzielenia upoważnienia

zgłoszenia zmiany/ korekty danych

Wpisz X, we właściwym kwadracie

Oświadczenie

Zobowiązuję się do przestrzegania zasad orzekania o czasowej niezdolności do pracy i wykonywania obowiązków wynikających z przepisów ustawy [1] oraz przestrzegania przepisów o ochronie danych osobowych.

Dane zawarte w formularzu są zgodne ze stanem prawnym i faktycznym. Mam świadomość odpowiedzialności karnej za zeznanie nieprawdy lub zatajenie prawdy.

Data

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

dd / mm / rrrr

Czytelny podpis

Pieczęć lekarza

[1] Ustawa z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (t. j. Dz.U. z 2023 r. poz. 2780).