

# OŚWIADCZENIE DOTYCZĄCE AKTUALIZACJI DANYCH KONTAKTOWYCH

zamieszczanych w okręgowym rejestrze lekarzy i lekarzy dentystów  
OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ w WARSZAWIE

## DANE CZŁONKA OKRĘGOWEJ IZBY LEKARSKIEJ W WARSZAWIE

Imię .....

Nazwisko.....

Numer prawa wykonywania zawodu

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

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

**ADRES MIEJSCA ZAMELDOWANIA** (proszę podać pełny adres)

Kod pocztowy.....Miejscowość.....

Ulica .....Nr domu..... Nr mieszkania.....

**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 Warszawie, 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 tj. ze zm.) oraz do przedstawiania dokumentów potwierdzających ich zmianę, w terminie 30 dni.

.....  
data

.....  
czytelny 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 tj. ze zm.)  
(dotyczy zmiany danych osobowych, kontaktowych, uzyskanych specjalizacji, stopni, tytułów naukowych, dokumentów potwierdzających wykonywanie zawodu)