

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Nr prawa wykonywania zawodu

.....  
tel., adres e-mail

.....  
zaświadczenie odbiorę osobiście\*/ wysłać pocztą na adres\*

**Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska  
ul. Żołnierska 16 c  
10-561 Olsztyn**

### **W n i o s e k**

Na podstawie art. 14 ust. 4 ustawy z dnia 24 sierpnia 2007r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej, finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. nr 166, poz. 1172 z dnia 14.09.2007 r.) w związku z ust. 1 i 3 powołanego wyżej art. ustawy, **wnoszę o wydanie mi zaświadczenia o posiadaniu przeze mnie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.**

Posiadana specjalizacja - stopień i data uzyskania

.....  
.....

Oświadczam, że przed dniem wejścia w życie ustawy z dnia 24 sierpnia 2007 r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007 r. nr 166, poz. 1172) tj. przed dniem 29.09.2007 r. udzielałem nieprzerwanie, przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Oświadczam, że w dniu wejścia w życie ustawy z dnia 24 sierpnia 2007r. o zmianie ustawy o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych oraz niektórych innych ustaw (Dz. U. z 2007r. nr 166, poz. 1172) tj. w dniu 29.09.2007 r.

- udzielałem świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej na podstawie zawartej z Narodowym Funduszem Zdrowia umowy o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej /\*
- byłem zatrudniony lub wykonywałem zawód u świadczeniodawcy, z którym Narodowy Fundusz Zdrowia zawarł umowę o udzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej /\*

.....  
data

.....  
pieczętka i podpis

**W załączeniu zaświadczenia potwierdzające udzielenie świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej**

*\* niepotrzebne skreślić*