**Załącznik nr 2**

**do uchwały Nr 35/24/IX**

**Naczelnej Rady Lekarskiej**

**z dnia 22 listopada 2024 r.**

…………………, dnia ………………………

*(miejscowość)*

**…………………………………….**

*(imię i nazwisko)*

**…………………………………….**

**…………………………………….**

*(adres)*

**…………………………………….**

*(nr PWZ)*

**Okręgowa Rada Lekarska w Olsztynie**

**WNIOSEK O WYDANIE ZAŚWIADCZENIA**

Działając na podstawie art. 14 ust. 4 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) w zw. z art. 6 ust. 2 ustawy z dnia 27 października 2017 r. o podstawowej opiece zdrowotnej (t.j. Dz. U. z 2022 r. poz. 2527), wnoszę o wydanie zaświadczenia potwierdzającego posiadanie przeze mnie prawa do udzielania świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.

Oświadczam, że zachowałem prawo do udzielania wskazanych powyżej świadczeń z uwagi na:

1. posiadanie na dzień 29 września 2007 r.:\*
   1. specjalizacji I stopnia w dziedzinie medycyny ogólnej\* lub
   2. specjalizacji I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie chorób wewnętrznych,\* lub
   3. specjalizacji I lub II stopnia lub tytuł specjalisty w dziedzinie pediatrii;\*
2. udzielanie nieprzerwanie przed dniem 29 września 2007 r. przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.\*

*Przerwania udzielania świadczeń nie stanowi:*

1. *nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres krótszy niż 6 miesięcy;*
2. *nieudzielanie świadczeń podstawowej opieki zdrowotnej przez okres dłuższy niż wskazany w pkt 1 w przypadkach pobierania świadczeń, o których mowa w art. 2 ustawy z dnia 25 czerwca 1999 r. o świadczeniach pieniężnych z ubezpieczenia społecznego w razie choroby i macierzyństwa (Dz. U. z 2005 r. Nr 31, poz. 267, z 2006 r. Nr 221, poz. 1615 oraz z 2007 r. Nr 47, poz. 318 i Nr 115, poz. 792).*

W załączeniu przedkładam dokumenty potwierdzające udzielanie nieprzerwanie przed dniem 29 września 2007 r. przez okres nie krótszy niż 10 lat, świadczeń zdrowotnych w zakresie podstawowej opieki zdrowotnej.\*

*(np. poświadczone za zgodność z oryginałem świadectwa pracy)*

**…………………………………………**

*(czytelny podpis)*

*\*niepotrzebne skreślić*