

.....
miejsowość, data

Dyrektor
Dolnośląskiego Wojewódzkiego
Ośrodka Medycyny Pracy
ul. Oławska 14
50-123 Wrocław

WNIOSEK
o dokonanie wpisu do rejestru lekarzy uprawnionych do przeprowadzania badań
profilaktycznych pracowników

Imię i nazwisko.....

Adres zamieszkania

telefon/ e-mail

miejsce wykonywania badań profilaktycznych

.....

.....
podpis lekarza

W załączeniu kserokopie:

1. dyplomu specjalizacji
2. dyplomu ukończenia uczelni
3. numeru prawa wykonywania zawodu lekarza
4. zaświadczeń o uzyskaniu dodatkowych kwalifikacji wykorzystywanych w badaniach profilaktycznych
5. w przypadku lekarzy w trakcie specjalizacji – kopia karty specjalizacyjnej oraz zaświadczenia o ukończeniu kursu podstawowego przewidzianego w programie specjalizacji z medycyny pracy

Podstawa prawna: art 10 ustawy z dnia 27.06.1997r o służbie medycyny pracy (Dz. U. 2004 Nr 125, poz. 1317 z póź. zm.) oraz rozporządzenie MZ i OS z dnia 30.05.1996r (Dz. U. Nr 69, poz. 332 z póź. zm.)