

**OŚWIADCZENIE O ZAMIARZE WYKONYWANIA ZAWODU LEKARZA
NA TERYTORIUM RZECZYPOSPOLITEJ POLSKIEJ
W CZASIE TRWANIA WYDARZENIA SPORTOWEGO**

**STATEMENT OF INTENT TO PRACTICE THE PROFESSION OF MEDICAL DOCTOR
IN THE REPUBLIC OF POLAND DURING A SPORTS EVENT**

.....
nazwisko i imiona lekarza składającego oświadczenie
names and surname of the doctor submitting this statement

.....
data i miejsce urodzenia
date and place of birth

.....
obywatelstwo
nationality

**Okręgowa Izba Lekarska
w Warszawie
Regional Medical Chamber
in Warsaw**

Zgodnie z postanowieniami art. 9b ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentystry (Dz. U. z 2008 r. Nr 136, poz. 857 ze zm.) oświadczam, że:
Pursuant to the provisions of art. 9b of the Act of the 5th of December 1996 on the professions of doctor and dental practitioner (Dz. U. of 2008, issue 136, item 857, amended), I declare that:

- wykonuję zawód lekarza w (nazwa państwa),
I practice the profession of medical doctor in (country name),
- posiadam w (nazwa państwa)
I am registered medical doctor in (country name)
uprawnienie do wykonywania zawodu lekarza
with the licence to practise
.....(nazwa uprawnienia),
(licence name),

wydane przez (nazwa organu),
issued by (*authority name*),

potwierdzone
confirmed by

(nazwa dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje), które nie jest
zawieszane ani ograniczone,
(name of document confirming formal qualifications), that has not been suspended or restricted,

- stale udzielam świadczeń zdrowotnych członkom kadry narodowej
I permanently provide medical services to members of the national team
..... (określenie kadry i dyscypliny sportowej),
(team and sports discipline name)

która będzie brała udział w
which is to take part in

(określenie wydarzenia sportowego organizowanego na terytorium Polski),
(name of sports event staged in Poland),

- zamierzam wykonywać zawód lekarza na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej w
czasie trwania ww. wydarzenia sportowego,
I intend to practice the profession of medical doctor in the Republic of Poland for the duration of the
sports event above,
tj. w okresie od do
i.e. in the period from *to*

.....
Podpis lekarza składającego oświadczenie
Signature of doctor submitting this declaration

Załączniki:
Attachments:

- 1) zaświadczenie wydane przez właściwy organ państwa, w którym składający oświadczenie wykonuje zawód lekarza, potwierdzające posiadanie prawa wykonywania zawodu, które nie jest zawieszane ani ograniczone,
certificate issued by the competent authority of the country where the person submitting this declaration practices
the profession of medical doctor, *confirming the right to practice the profession that has not been suspended or restricted,*
- 2) kserokopia dokumentu potwierdzającego formalne kwalifikacje do wykonywania zawodu lekarza,
photocopy of document confirming formal qualifications to practice the doctor profession,
- 3) kserokopia pierwszych dwóch stron paszportu
photocopy of two first passport pages.