…………………………………. ………………………

Imię i nazwisko lekarza Data

………………………………….

…………………………………. **Opolski Urząd Wojewódzki**

Adres zamieszkania

**Wydział Zdrowia**

**ul. Piastowska 14**

 **45-082 Opole**

…………………………………

Telefon

**Dotyczy: informacji o okresie realizacji zobowiązania do wykonywaniu zawodu lekarza
 na terytoriom Rzeczypospolitej Polskiej**

W odpowiedzi na pismo nr……………………………………
z dnia……………………………przedstawiam informacje dot. realizacji mojego zobowiązania, które wynosiło…………………dni.

1. Okres i miejsce realizacji zobowiązania:……………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………

1. Termin zakończenia realizacji zobowiązania:……………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………

1. Zamiar wykonywania zawodu lekarza na terytoriom Rzeczypospolitej Polskiej:

…………………………………………………………………………………………………

1. Podmiot wykonujący działalność, w którym realizowane jest zobowiązanie, oraz informacja o każdorazowej jego zmianie

………………………………………………………………………………………………….

 …………………………………….

 *(popis i pieczątka lekarza)*

***Załącznik:***

**Zaświadczenie**, w którym zostanie potwierdzony okres oraz wymiar czasu, w którym udzielał Pan/Pani świadczeń opieki zdrowotnej, stanowiących realizację zobowiązania

*Zaświadczenie wystawia:*

* *Podmioty, w których był Pan /Pani zatrudniony* ***lub***
* *Narodowy Fundusz Zdrowia, w przypadku wykonywania zawodu w ramach praktyki zawodowej, o której mowa w art. 5 ust. 2 pkt 1 ustawy z dnia 15 kwietnia 2011 r. o działalności leczniczej, które zawarły
z Panem umowę o udzielanie świadczeń opieki zdrowotnej*

*Powyższe* ***zaświadczenie*** *jest Pan/Pani obowiązany dostarczyć do Wojewody Opolskiego,
w* ***terminie 60 dni od zakończenia realizacji zobowiązania****.*