

15. ADRES ZAMIESZKANIA (nie zameldowania)

Województwo

Powiat

Miejscowość

kod pocztowy -

Ulica

nr domu

nr lokalu

Nr telefonu -

tel. komórkowy

16. ADRES KORESPONDENCYJNY (jeśli inny niż w p.15)

Województwo

Powiat

Miejscowość

kod pocztowy -

Ulica

nr domu

nr lokalu

Nr telefonu -

nr tel. kom.

Adres poczty elektronicznej (e-mail)

17. ZNAJOMOŚĆ JĘZYKÓW OBCYCH

język	stopień znajomości

18. WYKSZTAŁCENIE DODATKOWE/STUDIA/STUDIA PODYPLOMOWE/KURSY*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

19. DZIAŁALNOŚĆ W SAMORZĄDZIE LEK. – WET. / DZIAŁALNOŚĆ SPOŁECZNA*

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------

Zobowiązuję się do uaktualniania danych w terminie do 30 dni od zaistniałej zmiany.

Wyrażam zgodę na przetwarzanie danych zawartych w niniejszym kwestionariuszu przez Dolnośląską Izbę Lekarsko – Weterynaryjną oraz Krajową Izbę Lekarsko – Weterynaryjną zgodnie z art. 23 ust. 1-4 Ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2002 r. Nr 101, poz. 926 z późn. zm.)

miejsowość i data

czytelny podpis

*dodatkowe informacje proszę wpisać do załącznika

.....
imię i nazwisko

.....
miejsowość i data

.....
adres

**Rada Dolnośląskiej Izby
Lekarsko-Weterynaryjnej
ul. Sopocka 21/2
50-344 Wrocław**

1. Uprzejmie proszę o wpisanie mnie do rejestru członków Dolnośląskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej we Wrocławiu i przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza weterynarii
2. Oświadczam, że nigdy nie posiadałem/łam prawa wykonywania zawodu
TAK */ NIE *
3. Oświadczam, że zamierzam wykonywać zawód lekarza weterynarii na terenie Dolnośląskiej Izby Lekarsko-Weterynaryjnej - TAK * / NIE *

.....
podpis

*niepotrzebne skreślić

OŚWIADCZENIE

.....
Imię i nazwisko

....., dnia

Świadomy/a odpowiedzialności karnej na podstawie art. 233 § 1 Kodeksu Karnego - za składanie fałszywych zeznań i ukrywanie prawdy – oświadczam, iż posiadam pełną zdolność do czynności prawnych oraz korzystam z pełni praw publicznych, a zatem spełniam określony w art. 2 ust. 2 pkt. 3 i 6 ustawy z dnia 21 grudnia 1990 r. o zawodzie lekarza weterynarii i izbach lekarsko-weterynaryjnych /tekst jednolity DzU z 2016 r., poz. 1479/ wymóg, niezbędny dla przyznania prawa wykonywania zawodu.

.....
podpis