



Wniosek o nadanie OID

Dla Praktyk Zawodowych Lekarzy i Lekarzy Dentystów (indywidualnej lub grupowej):

Nazwisko i Imię/Nazwa:

Ulica, nr domu, nr lokalu:

Kod, miejscowość:

Adres e-mail:

Telefon kontaktowy:

Strona www:

Nr księgi rejestrowej:

Organ rejestrowy (proszę zaznaczyć krzyżykiem w kratce po lewej stronie od nazwy):

<input type="checkbox"/>	L-50 Okręgowa Izba Lekarska w Białymstoku	<input type="checkbox"/>	L-62 Okręgowa Izba Lekarska w Płocku
<input type="checkbox"/>	L-51 Beskidzka Okręgowa Izba Lekarska w Bielsku-Białej	<input type="checkbox"/>	L-63 Wielkopolska Izba Lekarska w Poznaniu
<input type="checkbox"/>	L-52 Bydgoska Izba Lekarska w Bydgoszczy	<input type="checkbox"/>	L-64 Okręgowa Izba Lekarska w Rzeszowie
<input type="checkbox"/>	L-53 Okręgowa Izba Lekarska w Gdańsku	<input type="checkbox"/>	L-65 Okręgowa Izba Lekarska w Szczecinie
<input type="checkbox"/>	L-54 Okręgowa Izba Lekarska w Gorzowie Wielkopolskim	<input type="checkbox"/>	L-66 Okręgowa Izba Lekarska w Tarnowie
<input type="checkbox"/>	L-55 Okręgowa Izba Lekarska w Katowicach	<input type="checkbox"/>	L-67 Kujawsko-Pomorska Okręgowa Izba Lekarska w Toruniu
<input type="checkbox"/>	L-56 Świętokrzyska Izba Lekarska w Kielcach	<input type="checkbox"/>	L-68 Okręgowa Izba Lekarska w Warszawie
<input type="checkbox"/>	L-57 Okręgowa Izba Lekarska w Krakowie	<input type="checkbox"/>	L-69 Dolnośląska Izba Lekarska we Wrocławiu
<input type="checkbox"/>	L-58 Okręgowa Izba Lekarska w Lublinie	<input type="checkbox"/>	L-70 Okręgowa Izba Lekarska w Zielonej Górze
<input type="checkbox"/>	L-59 Okręgowa Izba Lekarska w Łodzi	<input type="checkbox"/>	L-72 Wojskowa Izba Lekarska
<input type="checkbox"/>	L-60 Warmińsko-Mazurska Izba Lekarska w Olsztynie	<input type="checkbox"/>	L-74 Okręgowa Izba Lekarska w Koszalinie
<input type="checkbox"/>	L-61 Okręgowa Izba Lekarska w Opolu	<input type="checkbox"/>	L-75 Okręgowa Izba Lekarska w Częstochowie

Dane osoby zgłaszającej (dotyczy tylko praktyk grupowych)

Nazwisko i Imię

Adres e-mail:

Telefon kontaktowy:

Oświadczam, że :

- powyższe dane są aktualne i zgodne ze stanem faktycznym
- wnioskodawca nie otrzymał wcześniej własnego identyfikatora OID

(miejscowość, data)

(podpis)

