

**OZNACZENIE ORGANIZATORA**  
**numer wpisu do rejestru podmiotów prowadzących kształcenie**  
**Okręgowej Rady lekarskiej w .../Naczelnej Rady Lekarskiej**

Zaświadczenie  
może zawierać  
informację  
o współorganizatorach  
lub sponsorach  
po udokumentowaniu  
formy współpracy –  
(umowa, porozumienie)

Wzór dokumentu  
poświadczającego udział  
lekarza w szkoleniu  
medycznym  
prowadzonym przez  
podmiot posiadający  
stosowny wpis do  
rejestru OIL w  
Szczecinie musi  
zawierać wskazane  
informacje.

Szata graficzna  
pozostaje do decyzji  
organizatora szkolenia

*Z A Ś W I A D C Z E N I E*

**lekarz/lekarz dentysta .....**  
**nr prawa wykonywania zawodu.....**  
**uczestniczył w .....**  
**(forma doskonalenia zawodowego)**  
**nt „.....”**  
**w ..... w dniu .....**

*Na podstawie Rozporządzenia Ministra Zdrowia z 21 lutego 2022 r. w sprawie sposobu dopełnienia obowiązku doskonalenia zawodowego lekarzy i lekarzy dentystów  
(Dz. U. z 2022 poz. 464 z późn. zm.), udokumentowanej liczby godzin uczestnictwa w .....(forma doskonalenia zawodowego),  
lekarzowi/lekarzowi dentyście przysługuje..... punktów edukacyjnych*

.....  
PODPIS KIEROWNIKA NAUKOWEGO

.....  
PODPIS ORGANIZATORA