

# WNIOSEK O WYDANIE LEGITYMACJI LEKARZA / LEKARZA DENTYSTY

**Wielkopolska Izba Lekarska**  
**61-734 Poznań**  
**ul. Nowowiejskiego 51**



**Proszę wypełnić drukowanymi literami:**

Imię:	Data urodzenia:
Nazwisko:	Telefon kontaktowy:
Adres zamieszkania:	

**Załączam:**

- Aktualną fotografię (nie starszą niż rok) o wymiarach 4 X 5,5 cm  
lub - zalecana
- Fotografię w postaci elektronicznej (format: BMP, JPG, TIFF lub RAW, min. 280 x 320 p)
- Dotychczasową legitymację nr: ..... ważną: do .....  
wydaną przez: .....

**Oświadczam, że:**

- Wnoszę o wydanie legitymacji: pierwszy raz / kolejny raz
- Dotychczasowa legitymacja została: uszkodzona / zniszczona / zgubiona / skradziona /
- Wymiana legitymacji – aktualizacja danych: .....
- Wyrażam zgodę / nie wyrażam zgody / na umieszczenie na legitymacji

mojego numeru PESEL: 

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Podpis:
---------

**Uwaga!** Podpis do zeskanowania – proszę go umieścić wewnątrz ramki!

Poznań, dnia: .....

**Wypełnia WIL:**

Delegatura: <b>KA KN LE PI PZ</b>	Rejestr: <b>L D</b>	Data przyjęcia:	Podpis przyjmującego:
Legitymację numer:		Wydano dnia:	Podpis odbiorcy:

**Uwaga!** Proszę: 1- wpisać odpowiednie dane, 2 - zaznaczyć właściwe opcje, 3 - niepotrzebne skreślić