

**OŚWIADCZENIE O ZRZECZENIU SIĘ PRAWA WYKONYWANIA ZAWODU
DIAGNOSTY LABORATORYJNEGO ORAZ WNIOSEK O SKREŚLENIE Z
REJESTRU DIAGNOSTÓW LABORATORYJNYCH**

.....
Imię i Nazwisko Miejscowość, data

.....
Adres do korespondencji

.....
Dane kontaktowe (telefon, e-mail)

.....
Numer prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

.....
Numer wpisu na listę diagnostów laboratoryjnych

.....
Oświadczam, iż zrzekam się prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego oraz wnoszę o skreślenie z rejestru diagnostów laboratoryjnych prowadzonego przez Krajową Radę Diagnostów Laboratoryjnych na podstawie ustawy z dnia 15 września 2022 r. o medycynie laboratoryjnej (Dz.U. poz. 2280).

W załączeniu (niepotrzebne skreślić):

- oryginał prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego (dokument ze zdjęciem)*
- dowód uiszczenia zaległych składek członkowskich (do miesiąca w którym złożono wniosek)

**Oświadczam, iż nie mam możliwości dokonania zwrotu oryginału prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego z powodu:

.....
.....
.....

.....
czytelny podpis wnioskodawcy

* nie dołącza się w przypadku braku możliwości dokonania zwrotu prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

** wypełniana się w przypadku, gdy wnioskodawca nie zwraca w załączeniu prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego

Uwaga! Czytelnie wypełniony wniosek wraz z kompletem uwierzytelnionych dokumentów prosimy przesyłać na adres: Krajowa Rada Diagnostów Laboratoryjnych, ul. Konopacka 4, 03-428 Warszawa.

Pytania dotyczące skreślenia z listy diagnostów laboratoryjnych proszę kierować do Działu Ewidencji Diagnostów Laboratoryjnych (e-mail: diagnosci2@kiidl.org.pl , tel.: 22 741 21 55 wew. 200, wew. 115).

Wszelkie informacje dotyczące Krajowej Izby Diagnostów Laboratoryjnych są ogólnie dostępne na stronie www.kidl.org.pl. Warunkiem skreślenia z listy diagnostów jest złożenie wniosku o skreślenie oraz zwrot oryginału prawa wykonywania zawodu diagnosty laboratoryjnego lub oświadczenia o braku takiej możliwości.