

.....  
Imię i nazwisko lekarza, lekarza dentysty

|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

### Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem ..... \*zaprzystałem(am) \*zaprzestaję wykonywać zawód \*lekarza \*lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Jednocześnie zobowiązuję się do złożenia stosownego oświadczenia do okręgowej izby lekarskiej, której jestem członkiem, o podjęciu lub zamiarze podjęcia wykonywania zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej.

Przyjmuję do wiadomości, że w przypadku zamiaru podjęcia wykonywania zawodu po upływie okresu dłuższego niż 5 lat od chwili zaprzestania jego wykonywania, będę zobowiązany do odbycia przeszkolenia określonego przez okręgową radę lekarską na podstawie art. 10 ust. 3 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz. U. z 2017 r. poz. 125).

\*Ponadto oświadczam, że nadal zamierzam udzielać świadczeń zdrowotnych oraz wydawać opinie i orzeczenia lekarskie w odniesieniu do swojej osoby, małżonka oraz osób wstępnych i zstępnych w linii prostej pierwszego i drugiego stopnia w warunkach ambulatoryjnych, a także udzielać świadczeń zdrowotnych wynikających z obowiązku określonego w art. 30 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

.....  
data

.....  
podpis

\*niepotrzebne skreślić