

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

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

Numer prawa wykonywania zawodu

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

### Oświadczenie

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 2 ustawy z ustawy z dnia 2 grudnia 2009 r. o izbach lekarskich (Dz. U. z 2016 r. poz. 522 i 2020) oświadczam, że z dniem ..... zrzekam się \*prawa wykonywania zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty \*prawa wykonywania zawodu \*lekarza \*lekarza dentysty w celu odbycia stażu podyplomowego na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej, oznaczonego numerem ....., i wnoszę o skreślenie mnie z listy członków Okręgowej Izby Lekarskiej w .....

Jednocześnie zobowiązuje się do zwrotu dokumentu \*„Prawo wykonywania zawodu lekarza” \*„Prawo wykonywania zawodu lekarza \*stomatologa \*dentysty” oznaczonego numerem seryjnym ..... wydanego w dniu..... przez Okręgową Izbę Lekarską w .....

.....  
data

.....  
podpis

\* niepotrzebne skreślić