

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

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

Numer prawa wykonywania zawodu

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

Numer okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów

### Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem ... \*zamierzam podjąć, /\*podjąłem(am) wykonywanie zawodu \*lekarza /\*lekarza dentysty na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej \*na podstawie umowy o pracę /\*na podstawie umowy cywilnej /\*na podstawie stosunku służbowego /\*w formie uczestniczenia w studiach doktoranckich /\*na podstawie przepisów o odbywaniu studiów lub uczestniczeniu w badaniach naukowych lub szkoleniach przez osoby nie będące obywatelami polskimi /\*jako wolontariusz w .....

nazwa zakładu opieki zdrowotnej lub innego podmiotu

/\*w formie prowadzenia \*indywidualnej /\*indywidualnej specjalistycznej /\*grupowej praktyki lekarskiej .....

data złożenia wniosku o wpis do rejestru praktyk lekarskich

Nie wykonuję zawodu \*lekarza /\*lekarza dentysty od dnia .....

.....  
data

.....  
podpis

\*niepotrzebne skreślić