

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

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

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

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że w dniu **utraciłem(am) dokument**

- prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty*,

- ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty*,

- prawo wykonywania zawodu lekarza*, lekarza dentysty* przyznane w celu odbycia stażu
podyplomowego oznaczony numerem.....wydany przez

.....
w dniu..... numer seryjny dokumentu

.....
data

.....
podpis i pieczętka

*/niepotrzebne skreślić