

Á

.....
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 terytorium 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 leczniczego lub innego podmiotu

*w formie prowadzenia *indywidualnej *indywidualnej specjalistycznej praktyki lekarskiej
grupowej praktyki lekarskiej wyłącznie w miejscu wezwania* wyłącznie w podmiocie
wykonującym działalność leczniczą

.....
data złożenia wniosku o wpis do rejestru praktyk lekarskich

Nie wykonuję zawodu *lekarza *lekarza dentysty od dnia

.....
data

.....
podpis

**niepotrzebne skreślić*