

.....  
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

Na podstawie art. 7 ust. 1 pkt. 2 ustawy z dnia 02.12.2009r. o izbach lekarskich (tekst jedn. Dz. U. z 2018 r. poz. 168) oświadczam, że z dniem ..... **zrzekam się** prawa do wykonywania zawodu lekarza\*, lekarza dentysty\* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej **i wnoszę o skreślenie mnie z okręgowego rejestru lekarzy i lekarzy dentystów Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz z listy członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.**

W załączeniu przedkładam dokument uprawniający do wykonywania zawodu lekarza\*, lekarza dentysty\* na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej :

- 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 .....

**Jednocześnie przyjmuję do wiadomości, że:**

- 1. Prezes Dolnośląskiej Rady Lekarskiej wydaje zarządzenie o skreśleniu lekarza, lekarza dentysty z okręgowego rejestru lekarzy i lekarze dentystów Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz z listy członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu wyłącznie na podstawie złożonego oświadczenia o zrzeczeniu się prawa do wykonywania zawodu wraz z dokumentem uprawniającym do wykonywania zawodu lekarza, lekarza dentysty.**
- 2. Zwolnienie z obowiązku opłacania składki powstaje w pierwszym dniu miesiąca następującego po miesiącu, w którym lekarz, lekarz dentysta został skreślony z okręgowego rejestru lekarzy i lekarze dentystów Dolnośląskiej Rady Lekarskiej we Wrocławiu oraz z listy członków Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.**

.....  
data

.....  
podpis i pieczęćka

\*/niepotrzebne skreślić