

..... dnia .....

.....  
imię i nazwisko

.....  
adres zamieszkania

.....  
telefon, e-mail

### O Ś W I A D C Z E N I E

Upředzony, na podstawie art. 233 § 6 kk o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań, niniejszym oświadczam, że będąc \*właścicielem, \*współwłaścicielem, \*partnerem spółki

.....  
.....  
nazwa i adres podmiotu leczniczego

w okresie od ..... do ..... \*udzielam, \*udzielałem/łam  
świadczeń zdrowotnych w rozumieniu art. 2 ust. 1 i 2 ustawy o zawodach lekarza  
i lekarza dentystry jako lekarz .....

Średni wymiar czasu pracy w przeliczeniu na miesiąc wynosi ..... godzin.

.....  
podpis i pieczętka

\* niepotrzebne skreślić