

POWIADOMIENIE

o podjęciu wykonywania zawodu *lekarza /*lekarza dentysty na obszarze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu

lekarz lekarz dentysta

.....
imię i nazwisko

.....
numer prawa wykonywania zawodu

.....
nazwa okręgowej izby lekarskiej

.....
numer rejestru

Informuję, że podjąłem wykonywanie zawodu *lekarza / *lekarza dentysty na obszarze Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu

1) nazwa miejsca pracy:

.....
.....

2) nr statystyczny REGON miejsca pracy:

.....

3) adres (ulica, nr domu, kod pocztowy, miejscowość, powiat, województwo):

.....
.....

4) nr telefonu, nr faxu, adres poczty elektronicznej:

.....

5) stanowisko:

6) okres wykonywania zawodu / bezterminowo:

.....

.....

miejsce i data

.....

pieczętka i podpis