

.....  
imię i nazwisko

.....  
nr prawa wykonywania zawodu

.....  
adres do korespondencji

.....  
telefon, e-mail

**Dolnośląska Izba Lekarska  
ul. Kazimierza Wielkiego 45  
50-333 Wrocław**

### **Wniosek**

W związku z zamiarem powrotu do wykonywania zawodu, po przerwie dłuższej niż 5 lat zwracam się z prośbą o skierowanie mnie na przeszkolenie.

Zawodu lekarza/ lekarza dentystry\* nie wykonuję od dnia .....

W załączeniu przedkładam dokument „Prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” \* celem dokonania stosownych wpisów urzędowych.

.....  
miejsowość, data

.....  
podpis, pieczęć

\* niepotrzebne skreślić