

.....
imię i nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
adres do korespondencji

.....
telefon, e-mail

**Dolnośląska Izba Lekarska
ul. Kazimierza Wielkiego 45
Wrocław**

Wniosek

W związku z utratą dokumentu „Prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry”, „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza”, „Ograniczone prawo wykonywania zawodu lekarza dentystry” * **proszę o wydanie duplikatu ww. dokumentu.**

W załączeniu przedkładam:

- ✓ oświadczenie o utracie dokumentu prawo wykonywania zawodu
- ✓ potwierdzenie wniesienia opłaty za wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu **
- ✓ 1 zdjęcie (format legitymacyjny).

Oświadczam, że w przypadku odnalezienia utraconego dokumentu prawo wykonywania zawodu zobowiązuję się do złożenia oryginału tego dokumentu w Dolnośląskiej Izbie Lekarskiej.

.....
miejsowość, data

.....
podpis, pieczęć

* **niepotrzebne skreślić**

** **Zgodnie z uchwałą Dolnośląskiej Rady Lekarskiej nr 211/2011 z dnia 22.09.2011 r. opłata za wydanie duplikatu prawa wykonywania zawodu wynosi 70 zł.**

Konto Dolnośląskiej Izby Lekarskiej - inne wpłaty
PKO BP 62 1020 5242 0000 2402 0349 0570