

.....
imię i nazwisko

.....
nr prawa wykonywania zawodu

.....
adres do korespondencji

.....
telefon, e-mail

**Dolnośląska Izba Lekarska
ul. Kazimierza Wielkiego 45
we Wrocławiu**

Wniosek

W związku z ubieganiem się o stanowisko / funkcję

w

.....
Uniwersytetu Medycznego im. Piastów Śląskich we Wrocławiu **proszę o wydanie zaświadczenia o braku zastrzeżeń ze strony Dolnośląskiej Rady Lekarskiej.**

Zaświadczenie odbiorę

Oświadczenia

Oświadczam, że regularnie opłacam składkę członkowską na rzecz Dolnośląskiej Izby Lekarskiej we Wrocławiu.

Upředzony(a) o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań (art. 233 kk) niniejszym oświadczam, że nie jestem karany(a) sądownie oraz, że przeciwko mnie nie toczy się postępowanie karne.

.....
miejsowość, data

.....
podpis, pieczętka