

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer rejestru – dokument „prawo wykonywana zawodu lekarza / lekarza dentysty” strony 8-10

## O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że od dnia ..... do dnia .....

### **Wykonuję / wykonywałem(am) zawód lekarza / lekarza dentysty\* w ramach:**

- 98 - indywidualna praktyka lekarska
- 99 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie .....
- 93 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym
- 94 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w zakładzie leczniczym w dziedzinie.....
- 95 - indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania
- 96 - indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania w dziedzinie .....
- 97 - grupowa praktyka lekarska

### **Adresy miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

.....  
data

.....  
podpis i pieczęć

\*/ właściwe zaznaczyć