

.....
(miejsowość i data)

.....
.....
(imię i nazwisko)

Oświadczenie o posiadaniu pełnej zdolności do czynności prawnych

Ja niżej podpisany/a świadomy/a odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywego oświadczenia oświadczam, że posiadam pełną zdolność do czynności prawnych.

.....
(własnoręczny podpis lekarza/lekarza dentystry)