

.....

nazwisko i imię

.....

miejsowość i data

.....

obywatelstwo

.....

tytuł zawodowy

O ś w i a d c z e n i e

Oświadczam, że po przyznaniu mi warunkowego prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentysty* podejmę zatrudnienie w podmiocie leczniczym

.....

.....

nazwa i adres podmiotu leczniczego

pod nadzorem lekarza/lekarza dentysty * posiadającego specjalizację II^o lub tytuł specjalisty

.....

nazwisko i imię, specjalizacja

.....

czytelny podpis

* niepotrzebne skreślić