

.....
Imię i nazwisko

.....
nr PESEL

O Ś W I A D C Z E N I E

Uprowadzony(a), na podstawie art. 233 kk o odpowiedzialności karnej za złożenie fałszywych zeznań, niniejszym oświadczam, że nie jestem członkiem Okręgowej Izby Lekarskiej w Polsce/ Wojskowej Izby Lekarskiej w Polsce oraz że nie złożyłem (am) wniosku o przyznanie prawa wykonywania zawodu lekarza/lekarza dentystry w żadnej okręgowej izbie lekarskiej.

.....
data

.....
podpis