

.....
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:

- ☐ indywidualna praktyka lekarska
- ☐ indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska w dziedzinie
- ☐ indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego
- ☐ indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w przedsiębiorstwie podmiotu leczniczego w dziedzinie.....
- ☐ indywidualna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania
- ☐ indywidualna specjalistyczna praktyka lekarska wyłącznie w miejscu wezwania w dziedzinie
- ☐ grupowa praktyka lekarska

Adres miejsca udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

.....
data

.....
podpis i pieczęć

*/ właściwe zaznaczyć