

.....
Imię i nazwisko

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

.....
Numer rejestru – dokument „prawo wykonywana zawodu lekarza / lekarza dentysty” strony 8-10
FORMAT 00-00-0000000

O Ś W I A D C Z E N I E

Oświadczam, że od dnia do dnia

Będę wykonywać/ 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 miejsc udzielania świadczeń zdrowotnych:

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

.....
data

.....
podpis i pieczęć

*/ właściwe zaznaczyć