

.....  
Imię i nazwisko

.....  
Numer prawa wykonywania zawodu

.....  
Numer rejestru

### Oświadczenie

Oświadczam, że z dniem ..... \*zamierzam podjąć, \*podjąłem(am) wykonywanie zawodu  
\*lekarza \*lekarza dentystry na obszarze Rzeczypospolitej Polskiej \*na podstawie umowy o pracę \*na  
podstawie umowy cywilnej \*na podstawie stosunku służbowego \*w formie uczestniczenia w studiach  
doktoranckich \*na podstawie przepisów o odbywaniu studiów lub uczestniczeniu w badaniach  
naukowych lub szkoleniach przez osoby nie będące obywatelami polskimi \*jako wolontariusz,  
W .....

nazwa zakładu opieki zdrowotnej (podmiotu)

\*prowadzenia indywidualnej/specjalistycznej/grupowej praktyki lekarskiej

.....  
*data złożenia wniosku o wpis do rejestru praktyk lekarskich*

Nie wykonuję zawodu \*lekarza \*lekarza dentystry od dnia .....

*data*

*podpis*

*\*niepotrzebne skreślić*